

THÈSE 219

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

JÉRÉMIE VILENSKY

né le 8 Octobre 1902. à Kichineff (Roumanie)

CHANCRE SYPHILITIQUE
DE LA LANGUE

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT

1930

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS VI^e)

812

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

JÉRÉMIE VILENSKY

né le 8 Octobre 1902. à Kichineff (Roumanie)

CHANCRE SYPHILITIQUE DE LA LANGUE

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT

1930

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS (VI°)

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. ROGER.

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LECENE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LEPER.
Hygiène et Médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie. .	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANCON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphili- tiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	CCUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie.	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.	AUBERTIN.
Pathologie médicale.	BENARD HENRI.
Physiologie.	BINET.
Chimie biologique.	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale.	BROCQ.
Pathologie médicale.	BRULE.
Pathologie chirurgicale.	CADENAT.
Pathologie médicale.	CATHALA.
Pathologie médicale.	CHABROL.
Pathologie médicale.	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.	DE GAUDAR D'ALLAINES
Physique.	DOGNON.
Pathologie médicale.	DONZELOT.
Obstétrique.	ECALLE.
Urologie.	FEY.
Pathologie expérimentale.	GARNIER.
Bactériologie.	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.	GATELLIER.
Histologie.	GIROUD.
Pathologie médicale.	HARVIER.
Anatomie.	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Hygiène.	JOANNON.
Chimie biologique.	LABBE HENRI.
Parasitologie.	LAROCHE GUY.
Oto-rhino-Laryngologie.	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.	LEVEUF.
Pathologie médicale.	LIAN.
Pharmacologie.	MERCIER FERNAND.
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Pathologie médicale.	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.	MOURE.
Histologie.	MULON.
Anatomie Pathologique.	OBERLING.
Anatomie.	OLIVIER.
Médecine légale.	PIEDELIEVRE.
Obstétrique.	PORTES.
Pathologie chirurgicale.	QUENU.
Physiologie.	RICHEL Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.	SEZARY.
Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Obstétrique.	VAUDESCAL.
Ophthalmologie.	VELTER.
Histologie.	VERNE.
Obstétrique.	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie.	BUSQUET.
Obstétrique.	GUENIOT.
	LEQUEUX.
Parasitologie.	NEVEU-LEMAIRE.
Physique.	ZIMMERN.
Obstétrique.	DEMELIN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS

DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale.	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale.	AUVRAY.
Clinique chirurgicale.	CHEVASSU.
Clinique médicale.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique obstétricale.	LE LORIER.
Clinique médicale.	LERI.
Clinique chirurgicale.	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.	PROUST.
Clinique chirurgicale.	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS.

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.	MAUCLAIRE, agrég.
Stomatologie.	FREY.
Education physique.	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.	LEDoux-LEBARD.
Puériculture.	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE,

*Dont la vie fut l'exemple d'abné-
gation et du devoir.*

A MON PÈRE,

*Faible témoignage de profonde
affection et de reconnaissance.*

A MA SŒUR,

A MON FRÈRE,

Meis et amicis.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT,
Professeur de la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

Respectueux hommage.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BURNIER,

Assistant de la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à l'hôpital Saint-Louis.

Qui nous a donné l'idée de ce travail et a bien voulu nous guider par ses conseils éclairés.

Qu'il nous soit permis de lui dire ici l'affectueuse reconnaissance que nous lui devons.

A MON MAITRE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE NOBECOURT,

Témoignage de notre profond respect et de notre reconnaissance pour tout ce que nous devons à sa science et à ses conseils.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE BUCAREST.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE NAPLES.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Que la syphilis puisse être transmise par d'autres voies que les voies génitales, c'est une très vieille notion et pour en trouver les premières allusions dans la littérature médicale, il faut remonter de plusieurs siècles. Si cette possibilité n'était pas connue à fond, néanmoins elle était entrevue. Le chancre syphilitique de la langue, parmi tant d'autres accidents primitifs extragénitaux, est, certes, un des plus intéressants et des plus utiles à connaître. Si, à vrai dire, son étude détaillée n'est que de date relativement récente, elle était depuis longtemps connue. Son histoire est donc intimement liée à celle de la contagion syphilitique par voie extragénitale.

Les premières descriptions, ou du moins les premières constatations, sont presque aussi vieilles que celles de la syphilis. Pourtant, ce n'est qu'au XVIII^e siècle qu'on rencontre les premières descriptions précises du chancre lingual. Jusqu'au XVIII^e siècle, les auteurs parlent, en général, des chancres de la bouche sans s'occuper explicitement de celui de la langue.

La question du chancre extragénital et de celui de la langue a été étudiée par deux éminents syphiligraphes du XVIII^e siècle : Astruc et Fabre.

Astruc, dans son *Traité des maladies vénériennes* (1726), admet explicitement l'influence du commerce charnel, de l'allaitement, des baisers sur la bouche, de la contagion médiate et émet l'opinion de la contagiosité du sang, confirmée par l'inoculation en 1850.

Il nous parle de la contagion en général en ces termes : « C'est ainsi que le chancre survient aux parties naturelles si le mal est pris par le commerce vénérien, à la bouche, à la langue, aux gencives, au gosier si le mal est pris en mettant ou en faisant des baisers... » et plus loin : « ...le mal vénérien peut aussi se communiquer par des baisers sur la bouche, lorsqu'un amant gâté baise une maîtresse saine et réciproquement, principalement si l'intérieur de la bouche, comme la luette, le palais, les amygdales, la langue est attaquée de quelque ulcère vénérien... »

Cet auteur est le premier qui, explicitement, a reconnu dans ses œuvres le chancre de la langue.

Fabre, à son tour, dans un autre genre de contagion buccale, déclare : « L'expérience prouve que le virus se communique par des baisers lascifs sur les parties de la génération d'une personne gâtée ; dans ce cas, les lèvres, et principalement la langue, qui est appliquée sur les parties infectées, reçoivent l'impression du virus et en portent le plus souvent les marques sensibles ». Et, plus loin : « Les chancres peuvent naître sur toutes les parties du corps qui ne sont point couvertes d'une peau dure et épaisse : la langue, les lèvres, l'intérieur des joues, les gencives, les mamelons, les bords de l'anus ».

En 1835, par ses inoculations des accidents secondaires, Wallace détruisit la doctrine huntérienne à laquelle s'était rallié Ricord. La question de la contagiosité de la syphilis de bouche à bouche revient en discussion. On se retrouvait donc au même point du sujet, comme l'avait laissé Astruc et Fabre au XVIII^e siècle.

Ensuite, Sigmund (1854) décrit la maladie avec une précision scientifique. A partir de ce temps, les publications se multiplient.

En 1860, Gibert, dans son « Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis » s'exprime ainsi à propos des accidents syphilitiques de la bouche : « La bouche est le plus ordinairement le siège d'ulcères consécutifs ; dans quelques cas, pourtant, on peut en rencontrer aussi des primitifs, non seulement sur les lèvres, mais encore sur la langue et même dans la profondeur du gosier. Il suffit pour cela que le virus ait été directement déposé sur ces parties, mais on conçoit que c'est surtout la contagion des accidents consécutifs qui peut s'opérer par cette voie ».

D'ailleurs, dans plus d'une circonstance, on ignore si le mal développé par le contact a pour origine un accident primitif ou secondaire. Ainsi, nous avons vu une jeune fille chez laquelle des ulcères syphilitiques étaient formés à l'isthme du gosier à la suite de l'embrassement forcé qu'elle avait subi de la part d'un soldat qui lui avait enfoncé sa langue dans la bouche. Ainsi quelques ulcères de la langue peuvent aussi être contractés par le baiser, par l'usage d'un instrument passé instantanément d'une bouche malade à une bouche saine... »

Vers la même époque, Ed. Langlebert et Rollet affirmèrent la contagiosité des accidents secondaires. Rollet, dans son article du Dictionnaire des Sciences Médicales, reprend le même sujet et expose tout au long cette question de la contagiosité de la syphilis de bouche à bouche, il dit : « Je ne veux pas nier les rapports anormaux, mais ces rapports à Paris, comme ailleurs, doivent être d'exception. Buzenet (thèse de Paris 1858), sur vingt observations de chancre de la bouche, n'a pu obtenir des aveux de la moitié environ de ses malades et pour comprendre combien le chancre infectant de la bouche a de chance pour être produit par un accident secondaire, il n'y a qu'à se rappeler les preuves de cette contagion et aussi combien entre adultes sont fréquents les rapports de bouche à bouche. »

A cette même date, 1860, A. Fournier présente le sujet de sa thèse de doctorat : « De la contagion syphilitique » ; il établit contre l'opinion de Ricord, son maître, que la plaque muqueuse peut engendrer un chancre infectant et il tire de ce fait capital toutes les données qu'il comporte.

En 1867, c'est Ambrosoli qui insiste sur les dangers auxquels s'exposent les ramasseurs de bouts de cigares. Et comme preuve à l'appui, en 1879, Duncan Bulkley, de New-York, publie l'histoire de deux de ses malades ayant contracté la syphilis en fumant des cigares faits par un ouvrier atteint de larges ulcérations spécifiques de la bouche.

A partir de 1870, les rapports sur les chancres extragénitaux, et parmi eux de ceux de la langue, se sont accrus considérablement. Nombreux sont les auteurs qui s'en sont occu-

pés. Nous signalerons Auspitz et Mracek (1880), ensuite Leloir (1886), Lancereaux (1889). En 1894, Duncan Bulkley fait paraître une œuvre formidable intitulée : « Syphilis in the innocent ». En France, Du Castel écrit : « Chancres génitaux et extragénitaux » ; en 1897, Fournier publie des leçons sur les « chancres extragénitaux ». Ces leçons ont constitué un travail considérable auquel nous avons fait de larges emprunt.

En 1881, il écrit que la connaissance de ces contagions insolites, excentriques, extraordinaires, n'est pas seulement affaire de curiosité, elle apporte un intérêt sérieux, un intérêt véritablement clinique.

Nous citerons les principaux auteurs qui se sont occupés de la question des chancres extragénitaux et en particulier du chancre lingual à la fin du XIX^e siècle et au commencement du XX^e siècle. Ce sont Nicola Severini (1892), Maiocchi (1895), et plus récemment Albertoserra, Carl Rühl, Truffi, en Italie ; Pospelow (1889), Pavlow, Zaroubine, Rosenquist, en Russie ; Münchheimer (1897), Van Broich, Rille, en Allemagne ; Herseg à Budapest ; Finger à Vienne ; Haslund à Copenhague et des nombreux autres.

Le chancre lingual a donné lieu à maintes communications aux sociétés savantes françaises et étrangères. Regardé de tous temps comme une affection possible, il a été bien étudié surtout depuis 1905, époque de la découverte du tréponème par Schaudinn et Hoffmann. Depuis ce temps, les erreurs du diagnostic sont devenues plus rares. L'époque où cette lésion était encore une rareté clinique semble elle-même actuellement

lointaine. Depuis le travail de A. Fournier, nous n'avons trouvé nulle part un livre traitant explicitement la question du chancre lingual ; pourtant, par son siège insolite, par la rareté relative des cas rencontrés, nombreux sont les médecins qui peuvent être déroutés de leur diagnostic.

Nous nous proposons de donner une idée d'ensemble sur ce sujet, de préciser toutes les formes cliniques que le chancre lingual peut revêtir, d'établir son siège le plus fréquent, son étiologie, son diagnostic, son pronostic et sa fréquence. Nous avons recueilli à ce sujet 48 observations et nous souhaitons que notre travail puisse contribuer à la meilleure connaissance de cette forme linguale de la syphilis primaire. Puisse-t-il, du moins, aider nos confrères à la reconnaître et en la reconnaissant leur permettre de combattre avec plus de succès ce fléau de l'humanité souffrante.

CHAPITRE II

CHANCRE DE LA LANGUE — SON ETIOLOGIE

Le chancre syphilitique de la langue, sans être rare, n'est pas excessivement fréquent. Par son contact toujours intime avec la muqueuse du palais, des joues, des lèvres, etc., avec, en un mot, les différentes régions de la partie antérieure de la cavité buccale, on comprend aisément que la langue puisse être, de même que celle-ci, le siège d'une inoculation spécifique déterminée par des causes absolument identiques.

Comme fréquence de la localisation, la langue vient en second lieu, après les lèvres, d'après FOURNIER, MAURIAC, MUNCHHEIMER, JEANSELME et la plupart des auteurs de la fin du siècle précédent. Depuis la guerre, nombreuses sont les statistiques qui la classent au troisième rang : lèvres, amygdales et ensuite langue.

De cette syphilis accidentelle de la langue, personne n'est à l'abri, de l'homme le plus chaste à la femme la plus honnête, du nouveau-né au vieillard, de l'homme le plus sérieux à la vierge la plus pure, tous indistinctement peuvent être menacés par ce terrible mal qui s'insinue sournoisement dans les familles, les laboratoires, le cabinet du médecin, transformant souvent un acte quelconque de notre vie, le baiser le

plus chaste et le plus innocent en une lésion qui, sous des allures banales, constitue parfois le début d'une longue et douloureuse série de maux.

Quelles sont les conditions indispensables pour que l'infection puisse avoir lieu ?

Il y en a deux : la première est la solution de continuité dans la muqueuse, il suffit de la blessure la plus insignifiante de la langue, ce qui n'est pas du tout rare ; la seconde, de beaucoup plus importante : il faut que le virus syphilitique soit inoculé dans ce lieu de moindre résistance. La muqueuse de la bouche et celle de la langue fine et bien vascularisée se prête merveilleusement bien à la pénétration du tréponème. L'infection donc est susceptible de se produire toutes les fois que la muqueuse insuffisamment protégée par son épithélium est en rapport avec le virus syphilitique.

En général, la syphilis peut être transmise à toutes ses périodes, mais pratiquement, c'est avant tout la plaque muqueuse qui en est coupable, ensuite le chancre. On peut négliger la contamination par les gommès.

L'étiologie du chancre de la langue est plus souvent inconnue. C'est seulement après de multiples et variés interrogatoires que les malades se décident à en préciser l'origine, s'ils la savent. Ainsi, sur 48 cas, recueillis par nous, l'étiologie n'est indiquée que dans 22 cas, ce qui fait à peu près 45 %. Parmi ces 22 cas, la moitié appartient à l'affection médiate, accidentelle.

Au point de vue de l'étiologie du chancre lingual,

M. Jeanselme distingue deux classes de chancres : les uns d'origine vénérienne, les autres de cause accidentelle.

D'après lui, le chancre, qui peut se greffer sur un point quelconque de la doublure muqueuse de la bouche, se fixe le plus souvent sur la langue.

Nous adoptons une classification plus détaillée de Fournier et Mauriac. Fournier classe les modes de contamination en 3 groupes, Mauriac en 6. Nous tâcherons de donner une classification unique en se basant sur les ouvrages de ces deux éminents syphiligraphes.

1° Envisageons d'abord le premier groupe de chancres d'origine génito-buccale, provenant des rapports sexuels anormaux. Ce mode de contamination est loin d'être rare ; parmi vingt-deux observations de notre thèse, à étiologie connue, il figure 7 fois : c'est un peu plus de 34 %. Dans ces 7 cas, il n'y a qu'un seul cas de femme, contaminée par coït ab ore et d'une enfant violée par la bouche.

D'après Fournier, ce mode de contamination dans lequel l'infection passe des organes génitaux à la langue, n'est pas très fréquent. En tout cas, cela arrive comme nous l'avons vu incomparablement plus souvent chez les hommes que chez les femmes. D'après Mauriac, ces chancres génito-buccaux ou bucco-génitaux qui ont leur point de départ tantôt à la bouche et tantôt aux organes génitaux ont à peu près la même fréquence dans les deux sexes (coït ab ore).

2° La deuxième classe de chancres linguaux a comme source les rapports ano-buccaux ou bucco-anaux. Elle est très rare :

je n'en ai pas enregistré un seul cas parmi mes observations réunies.

3° Le troisième groupe : ce sont les chancres buccomammaires qui forment une catégorie très importante (se produisant par succion). Un nourrisson pourra prendre la syphilis au sein d'une nourrice infectée et être lui-même le point de départ des nouvelles infections. Ou, parfois, un hérédo-syphilitique innocent est la source de malheurs en série. Un adulte la prendra de même façon auprès d'une femme syphilitique.

4° Le quatrième groupe est le plus important : ce sont les chancres provenant des rapports bucco-buccaux. Ces rapports de bouche à bouche sont très fréquents entre individus de même sexe, surtout chez les femmes ; ou entre individus de sexe différent, ce qui est le mode le plus commun.

Chez les adultes, la plupart des chancres de la langue reconnaissent cette origine. Parmi nos observations, il y a cinq cas de ce genre d'infection sur 22 cas avoués. Néanmoins, il faut croire qu'il est beaucoup plus fréquent, les malades ne se rappellent pas la façon dont ils se sont infectés et n'attachent pas d'importance à un baiser reçu il y a quelque temps.

La connaissance de ce mode de contagion date de loin, comme nous l'avons vu, et la syphiligraphie actuelle n'a, en somme, presque rien à ajouter à ce sujet. Par suite de l'excessive fréquence de lésions secondaires qui pullulent dans la bouche, celle-ci est un véritable « nid de germes contagieux », un foyer de vérole par excellence, d'après Fournier, et dans ces

rapports de bouche à bouche nous ne pouvons que redonner ses conclusions : « La contagion bucco-buccale est susceptible de s'exercer par tous les contacts, quels qu'ils soient, qui mettent en rapport la bouche avec la bouche ».

« Issue d'un point quelconque de la bouche, la contagion peut se transmettre à un point quelconque de la bouche. L'observation clinique et les confrontations ont nettement établi et cela au-dessus de toute contestation possible l'un et l'autre de ces faits, à savoir : 1° Que des contagions issues des parties superficielles, voire extérieures de la bouche, peuvent se porter jusqu'aux parties profondes de la cavité buccale, et 2° que, réciproquement, des contagions issues des parties les plus profondes de la cavité buccale peuvent inoculer les parties superficielles de la bouche ».

La salive est l'agent principal de la transmission de la syphilis dans les rapports buccaux, ainsi que dans l'infection buccale médiate.

Pendant le baiser lascif, la langue portant quelques lésions vient en contact avec la langue du syphilitique. Il suffit de la moindre excoriation pour que l'agent pathogène ait la possibilité d'entrer. En somme, le baiser de tout ordre, amoureux, amical, respectueux, religieux (traditionnel aux fêtes de Pâques en Russie et certains pays slaves), en est le principal agent de transmission. Autrefois, c'était un simple et affectueux baiser familial qui contaminait innocemment l'être le plus cher au monde, la mère.

Le péril du baiser d'une personne en état de syphilis est immense et il est du devoir du médecin de bien éclairer les

malades sur la possibilité de ce mode de transmission, car nous ne sommes plus au temps de ce bon Molière, où le baiser paraissait chose anodine et sans danger.

5° Cinquième groupe : ce sont les chancres syphilitiques transmis par l'intermédiaire des objets inanimés. Et dans ce genre d'infection, tous les objets, quelle que soit leur nature, qui ont été souillés par le virus syphilitique, ou qui ont servi à un sujet présentant des lésions spécifiques, peuvent transmettre la syphilis. Ce sont : les objets de table, cuillère, fourchette, verre. Et à propos d'infection par le verre, il suffit de se souvenir de tous ces cafés, où on lave avec rapidité dans la même eau plusieurs verres, surtout s'il y a affluence de consommateurs, de sorte que le verre, pour ainsi dire, passe de bouche à bouche. Nous rappelons également à ce propos que le tréponème, qui meurt sur le verre rapidement en été à cause de la sécheresse, reste vivant sur le même verre en temps humide durant trois quarts d'heure. (Milian).

Parmi les nombreux autres objets transmetteurs de la maladie, nous citerons : le gobelet, la bouteille, la pipette, l'embouchure, chalumeau, canne de verrier, trompette, sifflet, porte-voix, épingle, clous, monnaie, plume, crayon, tire-ligne, pinceau, colle à bouche, timbre-poste, enveloppe, icône (en Russie surtout où on l'embrasse dans les églises. Et pendant les fêtes, des milliers de personnes y déposent un baiser) ; tous les objets qui composent l'arsenal du fumeur : cigarettes, bouts de cigare (observation VI), pipe, surtout à l'Extrême-Orient (observations V, XXIX, XXXII), fume-cigarettes (obser-

vation XXXIII) ; les instruments musicaux : cornet à piston, flûte, etc., (observation I).

Quelquefois, ce sont les objets de toilette : brosse à dents (observation XLIV), mouchoirs (observation XV), etc., qui marquent la terrible empreinte de la syphilis. D'autres fois, l'infection se fait par les instruments de médecine : abaisse-langue, laryngoscope ; par les instruments de dentisterie (observation XLV) ; enfin, les sages-femmes spécifiques en faisant l'insufflation de bouche à bouche aux nouveaux-nés les contaminent de cette façon.

On comprend que, grâce à ces modes de contamination imprévus, trompeurs, d'allure innocente, la maladie s'installe, se développe, passant à travers les jugements erronés de médecins praticiens, qui après une médication en elle-même inoffensive et infructueuse, finissent par envoyer les malades au spécialiste, ayant irrémédiablement perdu le temps précieux du traitement pendant l'état préhumoral de la maladie.

— 6° La contamination professionnelle est bien plus rare. On a pu l'observer chez les tapissiers, emballeurs, électriciens, verriers en raison de l'échange mutuel de divers objets servant à leur profession. Spécialement les verriers ont eu à souffrir du manque d'hygiène. À la fin du siècle passé, il y avait quelques épidémies. (En travaillant, les verriers passent un à l'autre la canne à souffler et s'il arrive qu'un d'eux soit malade, tous les trois — car on travaille par groupes de trois — deviennent malades). On a mis fin à ces épidémies en obligeant les ouvriers à employer des embouts personnels.

Les blanchisseuses deviennent malades à cause du linge des

spécifiques qu'elles ont à laver. Ici, c'est la transmission de l'infection par les doigts.

7° Enfin, nous allons dire quelques mots sur les modes d'infection des enfants : c'est l'allaitement, le baiser, la tétine du biberon, les jouets, les ustensiles de ménage, les objets de toilette, le linge des parents, le viol, etc...

CHAPITRE III

STATISTIQUE

Parmi les chancres buccaux, la langue occupe une place relativement fréquente.

Fournier attribue à la langue la seconde place, en la faisant suivre après les lèvres. Mais, dans les dernières années, nombreux sont les auteurs qui placent la langue, à ce point de vue, au troisième rang après les lèvres et les amygdales (Rille). D'après Fournier, la fréquence du chancre lingual est 6 pour 100 pour les chancres extragénitaux de tout siège. Dans le petit relevé qui suit, concernant la fréquence du chancre lingual, les chiffres sont très dissemblables suivant les rapports des auteurs des différents pays.

Hercseg (Budapest) donne le chiffre de 1,15 %

Munchheimer donne le chiffre de 1,71 %.

Scheuer donne le chiffre de 1,8 %.

Krefting donne le chiffre de 2 %.

King donne le chiffre de 2,04 %.

Rille donne le chiffre de 2,04 %.

Bardet (thèse) donne le chiffre de 4,25 %.

Chabrol (thèse) donne le chiffre de 5,2 %.

Fournier donne le chiffre de 5 % à 6 %.

Carrivenc donne le chiffre de 6,65 %.

Serra donne le chiffre de 7,15 %.

Haslund donne le chiffre de 7,7 %.

Porter donne le chiffre de 11,1 %.

De 1,15 %, chiffre certainement inférieur à la réalité, nous montons jusqu'au 11,1 %, chiffre de Porter, qui semble aussi exagéré que son chiffre d'évaluation des chancres extragénitaux atteignant 24,20 %. La moyenne de ces différents chiffres est entre 4,5 % et 5 %. Une fois de plus, la proportion donnée par Fournier se trouve exacte. Quoique le chancre de la langue n'est pas très rare, jusqu'à présent les cas connus dans la littérature médicale ne surpassent pas de beaucoup le chiffre de 400.

Ainsi, Fournier a rapporté 75 cas.

Bulkley, Munchheimer, Scheuer citent 273 cas.

Ruhl cite 13 cas.

Lévy, Bing et Gerbay citent 5 cas.

Vignolo Lutati cite 1 cas.

Serra cite 2 cas.

Gaucher cite 12 cas.

Total : 381 cas de chancre lingual.

Par contraste à ce qu'on a vu pour les chancres extragénitaux en général, le chancre lingual est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. C'est une donnée constante, puisque tous les auteurs, dans leurs statistiques, nous en donnent la preuve. D'après Carrivenc, la proportion du chancre

lingual chez l'homme par rapport à celui de la femme est de 3 à 1. Bardet dit que le chancre lingual est deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Parmi nos 48 cas, la femme ne figure que 10 fois, ce qui fait la proportion de 35 à 10. (Nous diminuons le chiffre de trois observations appartenant aux enfants) ou 3,5 à 1. La femme, d'après nous, est atteinte encore plus rarement du chancre lingual que ne l'affirment Carrivenc et Bardet. Borrie évalue la fréquence de l'accident primaire lingual chez la femme à 3,07 % et Bobrie l'évalue à 2,9 %. Nous voyons que les deux chiffres sont au-dessous de la moyenne qui est de 5 %.

CHAPITRE IV

CHANCRE DE LA LANGUE — SES SYMPTOMES

Parmi les chancres de la bouche, celui de la langue est assez fréquent ; il vient en second lieu après les lèvres, gardant la proportion d'un à 7, d'après Fournier. Les dernières statistiques tendent à prouver que la langue n'occupe que le troisième rang par ordre de fréquence — amygdales étant plus fréquemment atteintes du mal (Rille). Nous en reparlerons plus loin.

Sexe. — Le sexe préféré est le sexe masculin. Quoique les chancres extragénitaux frappent de préférence les femmes, le chancre lingual se rencontre chez elles deux à trois fois moins souvent que chez les hommes.

Parmi 48 cas réunis par nous, à part trois enfants atteints du mal, on n'a que 10 femmes sur 35 hommes, ce qui fait la proportion d'un à 3,5.

Nombre. — Fournier, qui n'a observé qu'une fois le chancre double, ainsi que Bagnoli, est d'avis que celui-ci est presque toujours unique. Les chancres doubles de la langue, d'après lui, sont très rares. Nous sommes portés à croire que les chancres doubles et même multiples de la langue, sans être

fréquents néanmoins, ne sont pas rares et encore moins exceptionnels. Nous avons parmi les cas recueillis 4 observations avec chancre double (observations VI, X, XXXII, XLVIII) et une à chancres multiples. Il s'agit d'un enfant âgé de 3 ans et demi qui présentait 4 chancres linguaux à la fois.

Parlant du nombre des chancres, mais dans un autre ordre d'idées, le chancre lingual est souvent accompagné d'autres chancres primaires à localisation génitale ou extragénitale ; qu'il s'agisse de l'auto-inoculation ou d'une inoculation contemporaine — ce n'est point rare. Le plus souvent, à côté du chancre de la langue, on rencontre celui des lèvres, mais on comprend que l'auto-inoculation peut se faire sur les lieux les plus divers comme dans l'observation XLVI où on les voit successivement apparaître sur la voûte palatine, la lèvre inférieure, et enfin à la face dorsale de la main droite. De telles associations de chancres, comme nous avons déjà dit, ne doivent pas être rares. Parmi les observations réunies par nous, il y en a 5 où le chancre lingual n'est pas seul à infecter l'organisme (observations XLVI, xxxv, xxxi, xxiv, x).

L'âge. — A part les enfants chez qui le chancre est presque toujours accidentel — ou s'il est même d'origine génitale, alors il s'agit d'un viol (observation XXXI) — chez les adultes l'âge le plus souvent atteint est de 20 à 30 ans.

A partir de 30 ans, on le rencontre de plus en plus rarement et après la cinquantaine il est exceptionnel. Ainsi sur 48 cas publiés dans cette thèse, dans 24 cas, c'est-à-dire 50 %, les malades sont âgés de 20 à 30 ans.

Nous devons remarquer que tous les cas de femmes (sauf une dont l'âge n'est pas indiqué), rentrent dans cette catégorie. Et cela est bien compréhensible.

Siège. — Le chancre syphilitique lingual ne siège pas avec le même ordre de fréquence, sur les différentes parties de la langue, et on conçoit aisément qu'il ne pourrait guère en être autrement. Par suite de divers modes de contagion que nous avons déjà énumérés, on comprend facilement que ce sont les parties les plus accessibles qui sont les plus fréquemment atteintes.

La face inférieure de la langue presque toujours suffisamment protégée contre une contamination directe ne présente pas de chancre, sauf quelques exceptions. D'après Fournier, le siège de prédilection est le tiers antérieur de la langue. Le plus souvent, le chancre est localisé sur la partie haute du tiers antérieur, ensuite sur la pointe et puis sur les bords. Il considère le chancre de la face inférieure de la langue comme très rare.

D'après Carrivenc (thèse de Paris 1905), la moitié des chancres aurait comme siège la partie antérieure de la face dorsale, une infime partie au niveau même de la pointe.

Dans sa thèse, M. Nivet a dressé une statistique de ces différentes localisations. Les cas réunis par lui s'élevaient à 36 et se décomposaient ainsi suivant les sexes :

	Hommes	Femmes	Total
Pointe	2	1	3
Face dorsale	2	0	2
Partie antérieure	1	0	1
Partie postérieure	1	2	3
Siège indéterminé	24	3	27

Mais dans sa statistique, Nivet a eu $3/4$ de cas à siège indéterminé et cela empêche d'attribuer à ses conclusions une importance absolue.

Avec Neumark, je suis porté à croire que le siège le plus fréquent est la pointe de la langue et la partie toute proche de la pointe et cela s'explique : la pointe étant la première à être en contact avec de nombreux facteurs de contamination. Ainsi, sur 48 cas réunis par nous et dont seulement 12 ont eu un siège indéterminé, la pointe et les parties avoisinantes donnent siège au chancre dans 16 cas, c'est-à-dire 44,4 % de tous les cas à siège déterminé.

Si nous décomposons ces 36 cas suivant leur siège, nous aurons le petit schéma suivant :

A la pointe et aux parties avoisinantes . . .	16 cas	44,4 %
Au tiers antérieur de la face dorsale . . .	6 cas	16,65 %
A la base de la langue	4 cas	11,15 %
Au milieu de la face dorsale	2 cas	5,5 %
Au bord droit	1 cas	2,75 %
Au bord gauche	3 cas	8,3 %
Total	32 cas	88,85 %

Pour compléter les 36 cas, il faut encore y ajouter 5 cas siégeant sur la face inférieure de la langue, dont un cas était si près de la pointe que je l'ai classé parmi les chancres siégeant à la pointe, ce qui représente 11 % pour les chancres de la face inférieure. Je ne saurais pas dire si c'est une simple coïncidence et je n'oserai pas non plus affirmer qu'en général les chancres de la face inférieure sont beaucoup moins rares.

que l'affirmait M. Fournier. En tout cas, il s'ensuit de cette petite statistique que la pointe est attaquée en premier lieu, puis vient le tiers antérieur de la face dorsale 16,65 % à peu près, en troisième lieu la base de la langue, 11,15 %, puis son milieu, 5,5 %, enfin les bords. Je dois remarquer de nouveau que, dans nos cas, le chancre de la face inférieure de la langue occupe une place honorable comme fréquence égalant comme nombre celui du chancre de la base de la langue.

Les formes. — L'accident primaire extragénital démontre en général les mêmes propriétés que l'accident génital, parce que la réaction des tissus à l'invasion des spirochètes est ici comme là la même, mais les tissus sont différents, et c'est pour cela que se créent certaines dissemblances.

Par conséquent, nous pouvons dire qu'il y a deux catégories de chancres de la langue : les uns revêtent leur physionomie ordinaire, habituelle ; les autres prennent un aspect spécial qui tient à la région où ils se sont développés.

Les chancres de la langue peuvent être divisés d'après leur aspect en deux groupes. Les uns présentant comme propriété caractéristique la tendance *ulcéralive* ; les autres, moins nombreux, ont le caractère *hypertrophique*, néoplasique. Enfin, il faut mentionner un groupe de chancres linguaux qui ont comme caractère des propriétés mixtes des deux catégories précitées — caractère *ulcéro-néoplasique*. Ces formes de passage ne sont point rares, nous tâcherons plus loin de préciser leur fréquence.

Nous commencerons d'abord par le premier groupe, groupe

à caractère ulcératif, le plus nombreux. Ici, nous avons trois formes :

La première, érosive ;

La seconde, ulcéreuse ;

La troisième, fissuraire.

D'après Fournier, la première est la plus commune. Parmi nos 42 cas réunis à forme connue, le chancre ulcéreux est plus fréquent que l'érosif. Le premier se rencontre dans 19 cas sur 42, le second seulement 9 fois.

Dans la *forme érosive*, on voit sur la langue une érosion tout à fait superficielle n'intéressant que la muqueuse.

Elle est nettement visible parce qu'elle est d'un rouge plus accentué que les parties avoisinantes et puis toute cette surface rouge de forme ovale ou circulaire présente une aire plane unie et décapillée. L'étendue de l'érosion diffère : on peut la voir de la grandeur de lentille, d'une petite lentille — c'est les chancres dits « nains » ; on peut la voir de la dimension d'une amande et puis d'une pièce de 50 centimes et même de 1 franc.

Si l'érosion a le contour ovale, l'axe de l'ovale coïncide le plus souvent avec l'axe de la langue. La forme érosive se présente comme une tache ovale, non saillante sur le dos de la langue et cela uni aux autres caractères facilitent le diagnostic.

Les contours de l'érosion sont réguliers, sans découpures, ni sinuosités. L'érosion n'a pas de bord pour ainsi dire, elle ne fait pas saillie, ni méplat, étant de niveau avec les parties

voisines. Son fond est lisse, égal, uni, absolument plat, quelquefois en plateau et légèrement surélevé ; sa couleur est rouge brunâtre, « chair musculaire » ou rosée, rarement grise. Quelquefois, on distingue deux zones : une zone interne de couleur rouge, l'autre externe de couleur grise opaline. À la palpation, la base est légèrement indurée, donnant la sensation d'une lamelle aplatie et résistante — une carte de visite, induration parcheminée, papyracée ; dans quelques cas, elle est moins accusée — induration foliacée. D'autres fois, par suite de l'induration un peu plus prononcée de la base, toute l'érosion est surélevée au-dessus des parties avoisinantes. Quelquefois, la base est tellement indurée que l'induration est, pour ainsi dire, « visible ».

La *forme ulcéreuse* est la deuxième variété à caractère ulcératif. Elle est plus profonde que l'érosive et entame la muqueuse jusqu'au derme. Son étendue est assez large et très variable : de l'ongle de pouce jusqu'aux 4 centimètres sur 1 ou 2. Cette forme de chancre entame la muqueuse en cupule, en cuillère, d'où le nom de « Chancre cupuliforme ». Les bords quelquefois en crête marginale se continuent doucement, insensiblement avec le fond formant une pente douce et jamais ils ne descendent pas à pic.

Le fond est généralement lisse, rouge pur, ou avec des îlots gris. La base est considérablement indurée et à la palpation on a la sensation d'un menisque renitent, parfois d'une dureté cartilagineuse.

Une variété ulcéralive beaucoup moins fréquente est la *variété fissuraire* ou *fissurique*. Le chancre fissuraire prend

souvent la forme en ragade, étoilée. Il se place dans les sillons de la langue — chez les fumeurs, par exemple — surtout dans le sillon médian, et très effilé, il suit exactement le sillon où il loge, présentant des nervures en Y. Le sillon devient plus profond à cause de l'hypertrophie des tissus environnants et il faut le déplier pour voir le chancre. Alors, on voit autour de la fissure une petite bordure, de couleur chair musculaire de 3 ou 4 millimètres de large. C'est la signature du chancre syphilitique, car c'est l'érosion qui apparaît autour de la fissure. La base de la fissure est indurée, ce qui nous mène sur la juste voie de diagnostic. Passons à la catégorie des chancres néoplasiques. Elle est beaucoup moins nombreuse et peu décrite.

Les variétés de *chancres néoplasiques* de la langue sont les suivantes : la variété *hypertrophique*, la variété *papuleuse* et la variété *scléreuse*.

Dans la *variété hypertrophique*, l'accident initial forme un noyau bien en saillie, aussi rouge et décapillé que les autres chancres de la langue, mais différent comme dimensions, pouvant atteindre 4 centimètres sur 1 ou 2 d'étendue et étant surélevé de plusieurs millimètres au-dessus du niveau de la langue. Cette nodosité est d'une consistance très ferme et elle présente parfois à son sommet une érosion. Ce sommet étant quelquefois, pour ainsi dire, tronqué, acquiert une forme en plateau (observation III de M. Burnier, planches n^{os} 3 et 4). La base est très dure et cette induration on la « voit » avant de la palper.

Le *chancre papuleux* est beaucoup plus petit, comme di-

mension ; cette forme existe rarement non associée à l'érosion. Elle tient aussi à l'hypertrophie des tissus et à l'infiltration du derme, sa base est dure, rénitente, son étendue est variable, mais ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Enfin, la troisième variété néoplasique, c'est la *forme scléreuse*. Cette forme de chancre s'observe seulement à la pointe ou à la partie la plus antérieure de la langue. Elle est constituée par l'association au chancre d'une infiltration massive de la région. Cette infiltration déborde de beaucoup le chancre proprement dit. Elle s'étend sur quelques centimètres en tuméfiant la pointe de la langue et en la rendant d'une dureté ligneuse. L'organe est néoplasie ; quelquefois, il acquiert l'aspect crénelé, suite de l'empreinte des dents sur la langue exubérante.

Quant aux *formes de passage*, nous devons mentionner la forme *papulo-érosive* — où une érosion couronne la papule — et la forme *ulcéro-hypertrophique*, dans laquelle l'ulcération devient de beaucoup plus saillante à cause de l'hypertrophie de sa base ; leurs propriétés extérieures sont les mêmes que celles de formes originaires.

Quelquefois le chancre lingual érosif ou ulcéreux peut être couvert de *pseudo-membranes* de couleur grise sale, opaline ou jaunâtre et alors on les nomme chancres diphtéroïdes. Si on enlève les membranes, le fond présente des îlots gris alternés de points rouges. Cette forme résulte le plus souvent de l'infection secondaire du chancre.

Enfin, en dernier lieu, nous devons dire quelques mots sur

la forme *phagédénique* du chancre. Cette forme résiste longtemps au traitement et nécessite quelquefois le thermocautère. Elle est très rare et son lieu de prédilection est la pointe. (Cas cité de Mauriac).

Symptômes subjectifs. — En général, ils ne sont pas très importants et varient suivant la forme du chancre. Pendant la forme érosive, les malades se plaignent rarement. Le plus souvent, ils ne sentent aucune gêne. La réaction inflammatoire est presque inexistante. Parfois, il y a une légère gêne pendant les mouvements de la langue, une certaine sensibilité douloureuse en mastiquant et c'est les seuls troubles fonctionnels. Dans la forme ulcéreuse du chancre, on a plusieurs symptômes, mais rien de pathognomonique.

La gêne pendant les mouvements de la langue est plus ou moins accentuée ; petites douleurs pendant la mastication, déglutition, parole, quelquefois même la douleur irradie jusqu'à l'oreille.

La sensibilité de la lésion s'exacerbe au contact des aliments, surtout des aliments chauds, épicés, acides ou boissons alcooliques. On note de temps en temps une salivation réflexe.

Ces symptômes ne sont presque jamais intenses et la grande majorité des malades n'en fait pas mention. Contrastant avec les symptômes des ulcérations tuberculeuses, cancéreuses, etc., ceux du chancre lingual sont bien peu accentués. Ils acquièrent cependant une certaine intensité dans les formes hypertrophiques de la lésion. Les chancres doubles ou multiples sont accompagnés de même de symptômes plus accentués. On

observe une légère augmentation de la salivation et en plus la sensibilité de la lésion est plus prononcée, pouvant aller jusqu'à la vraie douleur. (Observation VII).

La durée du chancre lingual varie également suivant les formes. Relativement courte pour le chancre érosif — 5 à 6 semaines — elle est beaucoup plus longue pour la forme ulcéreuse et les autres formes, pouvant être de 2 à 3 mois et même davantage. Le plus souvent, il ne reste pas de cicatrice dans la forme érosive. La forme ulcéreuse peut laisser une cicatrice lisse — surface unie, rosâtre, décapillée.

Le chancre de forme fissuraire peut également laisser un sillon fibroïde. S'il se trouve à la pointe ou aux bords, quelques irrégularités des contours ou un enfoncement difficilement appréciable persistent dans quelques cas.

Très souvent sur le chancre qui disparaît s'installent les plaques muqueuses.

Un signe très important est le *bubon* satellite, presque toujours constant.

Dans les 48 cas rapportés par nous, il n'en est pas fait mention dans 8 cas. Ce bubon se trouve dans la région antéro-latérale du cou, de préférence au niveau de la grande corne de l'os hyoïdien, ou du corps thyroïde, le long du sterno-cléïdo-mastoïdien, enfin sous les angles du maxillaire inférieur (sous-maxillaire ou rétro-maxillaire) ou sous-mentonnier. L'adénopathie est unilatérale ou bilatérale, parfois elle est croisée, c'est-à-dire les ganglions tuméfiés sont du côté opposé à la lésion. Comme dans tous les chancres syphilitiques, les ganglions sont aphasiques, indolents, durs, rou-

lants sous le doigt et le plus souvent multiples. Très rarement ils présentent une tendance inflammatoire. Il faut dire que dans le cas de chancre double ou multiple de la langue, l'adénopathie est grosse et en pléiade formant plusieurs groupes. Mais la cavité buccale est un véritable réceptacle pour les microbes les plus variés, il n'est donc pas étonnant que le chancre lingual puisse être dénaturé par des infections secondaires. Les ganglions liés à ce chancre infecté peuvent s'infecter à leur tour et présenter des signes d'inflammation. De telles adénites liées à ces infections surajoutées ne sont point exceptionnelles.

Enfin quelques mots sur la fréquence des différentes formes du chancre lingual. Sur 48 cas réunis par nous, 42 seulement ont une indication nette en ce qui concerne leur forme.

Ces 42 cas se décomposent ainsi :

Chancres	ulcéreux	19
»	érosifs	9
»	hypertrophiques et en plateau	4
»	fissuriques	3
»	papulo-érosifs	2
»	ulcéro-hypertrophiques	2
»	papuleux	2
»	scléreux	1
Total		42

Parmi les femmes, les chancres se divisent d'après leur forme suivant ce mode :

Chancres	érosifs	3
»	ulcéreux	2
»	fissuraires	1
»	papulo-érosifs	1
Total		7

C'est assurément une coïncidence, mais l'absence de forme hypertrophique chez les femmes est frappante.

Parmi les enfants, on rencontre 3 cas qui se répartissent ainsi : fillette de 11 ans — chancre fissurique ;

garçon de 8 ans — chancre ulcéreux ;

enfant de 3 ans $1/2$ — 3 chancres hypertrophiques et 1 ulcéro-hypertrophique. (Cas de chancres multiples).

CHAPITRE V

LES OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle et inédite)

Charles D..., 28 ans, dessinateur, se présente à la consultation de la Polyclinique à l'Hôpital Saint-Louis (Service du Professeur Gougerot), le 28 septembre 1929. Le malade raconte que, depuis 6 semaines, précisément depuis le 24 août, il a remarqué sur sa langue un « bouton ». Ce bouton ne lui occasionnait aucune gêne. Il était situé sur la ligne médiane de la face supérieure de la langue, à 3 centimètres de la pointe. Le malade l'écorcha et mit dessus de la teinture d'iode. Voyant que la lésion ne disparaissait pas, et au contraire avait tendance à s'épancher, il se décide à voir un médecin. Consulté par le médecin le 18-20 août, en pleine période *préhumorale*, celui-ci lui ordonne des badigeonnages au bleu de méthylène.

Vers le 15 septembre, le malade a remarqué une éruption sur le thorax et sur le ventre. Il ne souffrait pas des céphalées nocturnes. Il ne se rappelle pas d'avoir eu la fièvre. Enfin, le 28 septembre, il se présente à l'Hôpital. On voit sur la langue, presque sur la ligne médiane, une érosion saillante de dimensions de 10 cent., rouge « chair musculaire », dé-papillée, avec le fond induré, les bords se continuant avec le fond en pente douce. Ce chancre de forme papulo-érosive est flanqué d'une adénopathie qui se trouve sous l'angle droit

de la mâchoire. Cette adénopathie présente les caractères d'adénopathie spécifique : ganglions durs, indolents, mobiles, roulant sous les doigts. Il a, en outre, une roséole thoraco-abdominale discrète.

Examen à l'ultramicroscope positif.

Wassermann Ho.

A l'examen général : pas d'Argyll Robertson, les réflexes un peu vifs, rien sur les parties génitales, n'a jamais eu de syphilis. Les poumons et le cœur normaux.

Etiologie. Le malade cohabite avec une amie à laquelle il est resté fidèle. Amenée à l'hôpital, celle-ci ne présente à l'examen aucune lésion spécifique visible. Wasserman négatif (H8).

Le malade prétend qu'étant durant les mois de juillet et août à Trouville où il jouait de la flûte dans l'orchestre du casino, pendant son absence, différents camarades s'exerçaient sur sa flûte, dont plusieurs auraient été syphilitiques. En outre, il aurait été blessé à la langue par une arête d'écrevisse.

Vu le 3 janvier 1930. Erosion a presque disparu. On voit une surface d'un sou, dépillée, de couleur rouge vif, légèrement surélevée. A la palpation, infiltration persiste, quoique moindre. Le ganglion présente toujours les mêmes caractères.

Le malade a eu une série de Novarsenobenzol 15 ctg. — 30 — 45 — 60 — 75 — 75 — 75 — 75 = 4 gr. 50. Après un mois de repos, il est au cours de la deuxième série. (Planche I).

OBSERVATION II (inédite, due à l'obligeance de M. le docteur Louste et son assistant docteur Thibaut).

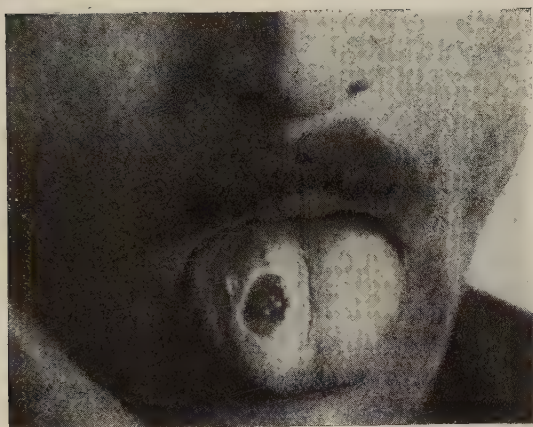
Marius B..., âgé de 27 ans, se présente à la consultation le 10 mars 1925. Présente sur la langue, à la face supérieure de celle-ci, du côté droit, à un centimètre et demi de la pointe,

PLANCHE I



Service de photographie de l'Hôpital Saint-Louis

PLANCHE II



Service de photographie de l'Hôpital Saint-Louis

une érosion nummulaire dont le bord est tracé au compas et est constitué par un liseré rouge. La partie centrale est rosée, elle repose sur une base légèrement infiltrée. Adénopathie sous-maxillaire bilatérale. Sur le milieu de la langue, glossite desquamative médiane. Il a déjà reçu 0 gr. 15 du Novar le 9 mars à Beaujon. Début de la roséole précoce sur les flancs. Rate agrandie. Entre à l'Hôpital le 12 mars. Wassermann fortement positif (Ho).

Le 15 mars 1925, il reçoit de nouveau 0 gr. 15 de Novar.

Infection a été contractée en dehors de maison de prostitution ; sorti de l'Hôpital à sa demande, il est envoyé au pavillon Bazin. (Planche II).

OBSERVATION III

Chancre syphilitique de la langue par M. Burnier, séance du 12 juillet 1923, de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.

B..., 28 ans, vient consulter pour une lésion peu douloureuse de la langue apparue depuis trois semaines. On constate dans le tiers intérieur de la moitié droite de la langue, près du sillon médian, une nodosité arrondie, surélevée en plateau, de consistance ferme, de coloration rouge, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes et présentant au centre une dépression cupuliforme très nette, grande comme une lentille. La pression était indolente. Dans la région sous-maxillaire du même côté existait un seul ganglion mobile peu volumineux, gros comme une noisette. Malgré l'absence d'adénopathie caractéristique, on porte le diagnostic de chancre syphilitique qui fut confirmé par la présence des syphilides érosives du gland, un Wassermann positif, et la présence de tréponèmes dans le chancre à l'ultramicroscopé. Il s'agit donc, dans ce cas, d'un

chancre de la langue à forme hypertrophique en plateau type plus rarement observé. (Planche III).

OBSERVATION IV (Giornale Italiano di malattie veneree della pelle Alberto Serra).

C. L., âgée de 22 ans, couturière, nubile, de Bologne.

Le chancre se trouve près de la pointe de la langue, à droite du frein sublingual. Régulièrement rond, à peine surélevé, dur, presque indolent. La muqueuse est opaline et en forme de cercle.

Des gros ganglions sous-maxillaires et cervicaux. (Planche IV).

OBSERVATION V (de Lucas)

Homme de 35 ans, présentant à la face antérieure de la langue, sur la ligne médiane, un ulcère très douloureux de la grandeur d'un schilling, atteignant presque l'extrémité de la langue. L'ulcère est arrondi, peu profond, avec des bords nets et légèrement décollés. Ganglions sous-maxillaires surtout à gauche, gros, peu mobiles, peu douloureux. Sur tout le corps, présence des syphilides papuleuses. Le malade raconte que dans son atelier il règne une grande promiscuité de pipes.

OBSERVATION VI (de M. Georges Baudoin, qui présente un malade porteur de deux chancres syphilitiques de la langue à la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie le 9 novembre 1899).

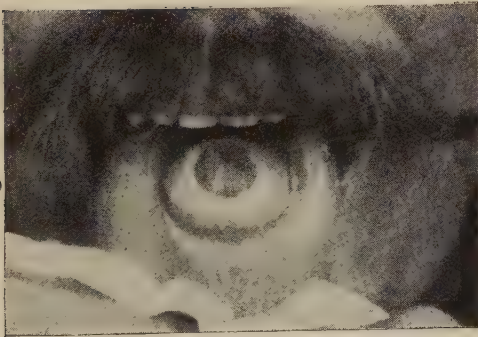
Ils ont débuté il y a trois semaines environ chacun par un

PLANCHE III



Service de photographie de l'Hôpital Saint-Louis

PLANCHE IV



Service de photographie de l'Hôpital Saint-Louis

petit bouton occasionnant seulement une certaine gêne. Actuellement, ils se montrent sous les apparences de deux saillies situées de chaque côté du sillon antéro-postérieur sur la face dorsale de la langue. L'un, plus volumineux, est situé plus en arrière, surélevé de 2 millimètres environ ; il est cylindrique et limité supérieurement par une face plane, large d'un bon centimètre, l'autre situé plus en avant, est formé par une éminence papuleuse arrondie moins volumineuse. Leur surface décapillée, lisse comme vernissée, est divisée au point de vue de la coloration en zones alternativement opalines, jaunâtres et rosées. Leur base est sous-tendue par une induration nettement circonscrite. En avant du sterno-mastoidien, on sent une adénopathie caractéristique. Sans déterminer des douleurs véritables, ces lésions sont seulement le siège d'une certaine sensibilité au contact et elles entraînent de la gêne fonctionnelle. Le diagnostic n'est pas douteux bien que l'étiologie soit fort obscure. Le malade, en effet, qui est âgé de 44 ans, affirme n'avoir eu depuis deux années aucun rapport sexuel de quelque nature que ce soit. Par contre, il a la fâcheuse habitude de fumer le soir et surtout de chiquer pendant la journée des bouts de cigares qu'il ramasse dans la rue. Peut-être est-ce de ce côté qu'il faut rechercher le mode de contamination. Nous ferons remarquer, enfin, que ces chancres sont au nombre de deux, fait absolument exceptionnel, le chancre lingual, d'après la statistique de M. le Professeur Fournier, étant presque constamment unique.

OBSERVATION VII (de H. de Rothschild, Rev. d'Hygiène et de Médecine Infantile 1902. Syphilis acquise chez un enfant de 3 ans et demi).

Le 18 octobre 1898, la femme L..., âgée de 28 ans, nous

amène son enfant Marcel L..., âgé de 3 ans et demi, pour des « boutons » qu'il a sur la langue et dont l'apparition remonterait à un mois environ.

A l'examen, on constate de chaque côté du cou une adénopathie sous et rétro-maxillaire énorme, dure et indolente. Sur la face supérieure de la langue, de chaque côté de la ligne médiane et dans sa moitié antérieure existent trois petits placards hypertrophiques presque confluent, à bords réguliers et à forme ovale sur lesquelles se détachent des petites ulcérations à fond sanieux et grisâtre. Dans sa moitié postérieure et sur la ligne médiane existe un autre placard ulcéro-hypertrophique recouvert d'un enduit diphtéroïde blanc jaunâtre. Tous ces placards sont entourés d'une zone indurée et comme enchâssés dans l'épaisseur de la langue. Les amygdales, les piliers et la luette sont rouges et présentent une érosion superficielle, sur le reste du corps à peine quelques éléments éruptifs, qui pourraient être une roséole au début. Nous portons le diagnostic de chancre lingual avec plaques muqueuses de l'arrière-bouche.

Diagnostic confirmé et complété par celui que le Professeur Fournier à qui nous avons envoyé le malade a porté et qui est celui de chancres linguaux multiples en voie de transformation en plaques muqueuses.

A l'examen de sa mère, on constate chez elle, sur le bord droit de la langue, assez près de la pointe, une ulcération peu profonde ou plutôt une fissure à fond grisâtre, entourée d'une large zone indurée ; sur l'amygdale droite rouge et tuméfiée et sur le pilier antérieur et la luette existent manifestement des plaques muqueuses. A droite, on constate une adénopathie sous-maxillaire. Ces accidents avaient débuté il y a deux mois et demi par l'ulcération de la langue, qui aurait provoqué de la douleur dans la mastication et aurait été accompagnée de migraines violentes le soir et de la chute des cheveux.

Pas trace de roséole. La mère paraît donc présenter les accidents secondaires d'une syphilis qui aurait débuté tout récemment par un chancre lingual. Car rien dans les antécédents de

cette dernière ne fait supposer l'existence antérieure de cette maladie : elle a toujours été bien portante, a eu deux grossesses, deux enfants à terme et bien portants. Toutefois, après la naissance du second, qui est actuellement âgé de 11 mois, elle a eu des métrorragies abondantes et douloureuses.

Le mari, étant convoqué, avoue avoir contracté il y a 8 mois le chancre qui siégeait à la rainure balano-préputiale. A l'examen, toute l'arrière-bouche est couverte de plaques muqueuses avec adénopathie sous-maxillaire, pas trace de roséole, il persiste de l'adénopathie inguinale et une cicatrice de chancre sur la verge. Il nous dit que, connaissant les dangers de contamination, il en avait prévenu sa femme et déclare formellement s'être abstenu de tout rapport sexuel. L'auteur conclut qu'il y avait probablement une infection médiate. Il a revu son petit malade 4 ans après, l'enfant étant guéri et d'aspect vigoureux. L'adénopathie, quoique diminuée, persistait encore ; la langue présentait encore ça et là un peu d'induration. Le père et la mère sont devenus bien portants et paraissent guéris.

OBSERVATION VIII (de M. Etienne Boltanski, service de M. Fournier à l'hôpital Cochin. Rev. de Stom. 1927, janvier).

Un cas de chancre syphilitique de la face inférieure de la langue.

M..., âgé de 42 ans, manœuvre, est entré dans le service de notre maître L. Fournier, le 4 octobre 1926, pour une ulcération linguale. Elle n'est pas douloureuse, dit-il, et ne gêne pas l'alimentation, mais elle dure depuis onze jours et semble n'avoir aucune tendance à rétrocession spontanée.

Effectivement, à l'examen on voit qu'il existe sur la face inférieure de la langue, à mi-distance entre le frein et le bord latéral gauche, une lésion ulcéreuse, différente de la forme érosive habituelle du chancre lingual ; les bords descendent en pente douce vers le fond de la plaie, ils ne sont pas surélevés.

Le fond est grisâtre, incontestablement modifié par le polymicrobisme buccal. Mais lorsqu'on enlève l'enduit pyoïde d'infection secondaire, on aperçoit au-dessous un fond rouge, « chair musculaire » typique.

Au palper, on trouve, comme il est de règle dans ces chancres infectés, une induration profonde, mal limitée, qui est liée à la fois à la syphilis et à l'infection banale. L'adénopathie est par contre peu développée. Les ganglions sous-maxillaires gauches sont cependant nettement tuméfiés, et l'un d'entre eux, un peu plus volumineux, peut être assimilé au ganglion témoin de Ricord. En dépit de l'infection secondaire, l'adénopathie est mobile, non douloureuse, ne s'accompagne pas de périadénite.

Après avoir détergé l'ulcération, nous avons pu en exprimer une sérosité claire, une rosée dans laquelle un examen ultra-microscopique a montré la présence du tréponème.

Telle quelle, cette observation ne constituerait à la vérité qu'une curiosité clinique, si les circonstances étiologiques, de cette syphilis, n'étaient elles-mêmes fort intéressantes. Pourquoi, en effet, cette localisation sur la face inférieure de la langue ?

Et bien notre malade est syphilitique depuis l'âge de 20 ans. À peu près tous les mois depuis ce moment, il a une ou plusieurs crises convulsives. Elles surviennent toujours la nuit, ne s'accompagnent pas de miction volontaire. Mais la morsure de la langue est fréquente. La dernière attaque comitiale date de la nuit du 31 août au 1^{er} septembre. Le malade s'est réveillé la bouche « en sang » et il a observé qu'il avait une plaie de la face inférieure de la langue dans sa moitié gauche, précisément au point où nous notons la présence d'un

chancre. Cette plaie a été, sans aucun doute, la porte d'entrée du virus syphilitique. Mais les circonstances mêmes du contagé ne peuvent être précisées. Le malade nie toute origine vénérienne. Il mange au restaurant, dit-il, et il s'efforce de nous faire admettre cette étiologie.

Le chancre de la face inférieure de la langue a rapidement rétrocedé sous l'influence d'un traitement mixte bismuthique et arsenical. Les réaction sérologiques négatives lors de l'entrée à l'Hôpital, sont restées complètement négatives.

OBSERVATION IX (Bul. de la Soc. française de Dermat. et Syph. Séance du 7 mars 1912). Chancre dur de la face inférieure de la langue par M. Brault.

Le 31 janvier 1912, X..., jeune homme vigoureux, est envoyé à notre consultation par un confrère pour une affection de la langue dont le diagnostic n'a pu être fait.

Notre homme présente cette affection depuis quatre semaines environ. Lorsqu'on examine la face inférieure de la langue du côté droit, un peu en avant du frein, on trouve une plaque diphtéroïde de la moitié de la longueur d'une pièce de 50 centimes. Lorsqu'on enlève ce voile, on repère une ulcération superficielle, indolente, un peu grise, avec des points rouges, foncés ; si on vient de palper la base de l'ulcération, on constate une induration en boule, donnant la sensation d'une très petite noisette. Enfin, on observe une polyadénite énorme, dure et presque indolente, non à droite, mais à gauche, dans la région sous-maxillaire.

Cette adénite, qui s'est développée progressivement, peu après l'apparition de l'ulcération linguale, est une véritable signature. Le diagnostic s'imposait. Le malade a été mis de suite au traitement intensif. D'ailleurs, au début de la

deuxième quinzaine de février, les accidents secondaires sont venus pleinement confirmer notre manière de voir. D'après les renseignements que nous avons pu obtenir du malade, il se serait livré à une sorte de maraichinage (baiser colombien).

OBSERVATION X (Annal. de Dermat. et syphil. année 1906, p. 660). Chancres syphilitiques nains de la lèvre et de la langue, par Benjamin Bord.

Br... Antoine, contrôleur d'omnibus, âgé de 49 ans, se présente à la consultation de l'Hôpital Broca le 30 juin 1906 pour de légers « bobos » à la langue et à la lèvre inférieure.

C'est un homme bien constitué, d'apparence robuste, chez lequel ni les commémoratifs, ni l'examen attentif de l'état actuels des téguments, et des divers appareils ne permettent de suspecter la tuberculose ou la syphilis. Sa femme a eu 7 enfants. 6 sont vivants et bien portants, un est mort à l'âge de 17 ans de pleurésie ; elle a fait de plus une fausse couche de 3^e mois et demi environ après sa deuxième ou troisième grossesse. Vers le 3 ou le 4 juin, le malade commença à ressentir une gêne à l'occasion des mouvements de la langue, gêne accompagnée d'une très légère douleur et siégeant en deux points : sur le tiers antérieur de la face dorsale de la langue, à gauche de la ligne médiane — et surtout à la pointe de la langue ; cette douleur ne fait que s'accroître jusqu'ici, elle disparaît cependant de temps à autre, en particulier à la pointe de l'organe exposée au frottement contre les arêtes dentaires. La gêne en tout cas persiste. La lésion de la lèvre inférieure a été reconnue au même temps, « le même jour », au dire du malade.

L'inspection de la langue, au premier abord, ne révèle rien d'anormal, il faut que le malade montre lui-même les points

suspects pour qu'on se rende compte de leur existence. Il faut voir un premier point situé à environ deux centimètres de l'extrémité de la langue, à gauche du sillon médian, sensiblement à égale distance de ce sillon et du bord gauche de l'organe. A ce niveau se trouve un sillon antéro-postérieur d'environ 5 millimètres de longueur sur 2 millimètres de profondeur, ce sillon entr'ouvert, une érosion allongée effilée se présente, en occupant toute la longueur, exactement moulée sur son fond et ses parois et ne les débordant pas.

Une traction assez forte, en faisant disparaître la dépression du sillon, donne à la lésion l'aspect d'un ovale à grand axe antéro-postérieur de 4 ou 5 millimètres de long sur 3 ou 4 de large. Le centre est blanc grisâtre, la périphérie opaline, leucoplasique ; les bords ne sont nullement saillants ; ils sont indiqués seulement par la différence de coloration qui apparaît brusquement au-delà des bords du sillon ; il n'y a trace ni de suintements, ni de sécrétion d'aucune sorte, en râclant vigoureusement la surface de la lésion avec un vaccinostyle, on n'en modifie pas l'aspect et on n'enlève pas la moindre parcelle de la formation blanchâtre, leucoplasique, de consistance fibreuse qui la recouvre, il ne se produit pas le moindre suintement sanguin ; la palpation indolente fait reconnaître une induration cartilagineuse, nodulaire, du volume d'un petit pois, relativement considérable en égard aux faibles dimensions de la lésion. La langue abandonnée à elle-même, les deux parois du sillon se rapprochent, dissimulant complètement à la vue l'ulcération, dont les parois elles-mêmes s'accolent à la façon de deux feuillets d'un livre.

Notre attention ayant été attirée sur la pointe de la langue, nous y constatons tout à l'extrémité, sur la terminaison du sillon médian, une érosion presque linéaire de 4 millimètres de longueur environ sur 1 ou 2 millimètres de largeur, à surface opaline, visible sans écartement préalable des lèvres du sillon en raison de sa faible profondeur à ce niveau, à bords un peu imprécis, sans infiltration appréciable des tissus sou-

jacents. Le frottement énergique avec les bords du vaccino-style ne détache rien, ne fait pas saigner, la surface de la lésion offre la même consistance scléreuse que celle située en arrière.

À la lèvre, nous voyons sur la muqueuse, à environ 1 centimètre à gauche de la ligne médiane, une ulcération arrondie, minime, d'environ 2 millimètres à 2 millimètres et demi de diamètre, recouverte d'une croûte brunâtre, sphérique, du volume d'un grain de mil, dépassant à peine le niveau de la surface libre, très adhérente et comme sertie dans la lèvre. Cette croûte enlevée, l'ulcération nous apparaît déprimée en une petite cupule à fond et parois fibreux, blanchâtre, sans le moindre suintement ; la palpation est indolente, elle fait percevoir une infiltration nodulaire, de volume d'un grain de chènevis. La recherche des ganglions fait reconnaître : un ganglion sushyoïdien médian, du volume d'un pois, mobile, lisse, dur, indolent ; deux ganglions sous-maxillaires gauches et un ganglion sous-maxillaire droit, un peu plus volumineux que le ganglion sushyoïdien, mais présentant les mêmes caractères. À droite et à gauche, on perçoit à une palpation attentive les premiers ganglions de la chaîne jugulaire interne, toujours avec les mêmes caractères de petitesse, de mobilité, d'aphlégmisie.

Malgré l'induration, relativement marquée de l'une des lésions linguales et de la région labiale, malgré l'existence d'une adénopathie aphlégmatisique occupant des ganglions tributaires des territoires intéressés et, en particulier, un ganglion sushyoïdien médian, tributaire bien connu, des troncs lymphatiques-linguaux de l'extrême pointe, on n'est pas conduit, étant donné l'aspect tout à fait anormal, insolite des lésions, à penser à un accident syphilitique primitif.

Nous faisons déshabiller le malade. Nous le trouvons porteur de deux beaux chancres syphilitiques typiques de la verge. Ils occupent la partie gauche et postérieure du fourreau ; le premier à 5 millimètres du sillon balano préputial, le second à un centimètre en arrière du premier ; ils sont régu-

lièrement arrondis, du diamètre d'une pièce de vingt centimes, leur fond, leur bord, leur base indurée, leur indolence, sont absolument caractéristiques. La région qu'ils occupent est œdémateuse, dure, un peu rosée, saillante, du volume d'une grosse amande. Il y a une adénopathie inguinale, bilatérale également caractéristique ; les ganglions du côté gauche sont notoirement plus volumineux. Quelques tâches douteuses disséminées sur la poitrine, les cuisses peuvent faire penser à une roséole, mais ne permettent pas de l'affirmer d'une façon certaine.

Le malade qui avait voulu nous cacher l'existence de ses chancres génitaux, nous raconte alors que les accidents de la langue sont apparus en même temps que ceux de la verge : « s'il y a eu un jour de différence, c'est tout au plus ». Il nous confie de plus qu'il entretient des relations intermittentes avec une femme atteinte d'une « éruption de boutons sur tout le corps », qu'un médecin soigne par les piqûres. Il a eu des rapports avec elle deux ou trois jours avant l'apparition des chancres, mais il en avait eu également trois semaines auparavant et les renseignements qu'il nous fournit sur cette avant-dernière entrevue nous permettent le choix entre une origine bucco-buccale, ou génito-buccale des lésions de la langue et des lèvres.

A l'examen microscopique, on a trouvé des spirochetes des lésions sus-décrites.

OBSERVATION XI

(Dermatologische Vochenschrift 1927 Lôhe)

Un homme âgé de 18 ans présente au tiers antérieur de la face dorsale de la langue (du côté droit), un chancre primaire de forme hypertrophique (en plateau), avec éruptions papuleuses secondaires sur le corps.

Les ganglions sous-maxillaires sont augmentés de volume. Les ganglions du cou et sus-claviculaires également.

OBSERVATION XII (Annales de Dermat. et Syph. Année 1902, p. 154, Danlos).

Il s'agit d'un malade de 28 ans, entré à l'Hôpital pour une syphilide papuleuse assez discrète. Le chancre initial occupait la partie la plus reculée de la face inférieure de la langue. Il se montrait sous la forme d'un triangle à bords courvilignes dont la base répondait au frein de la langue. Sa surface exulcérée et diphtéroïde rappelait typiquement celle d'une plaque muqueuse de même siège. On l'en distinguait par :

1) Son antériorité : il avait précédé d'un mois et demi l'éclosion des accidents secondaires.

2) Son induration très manifeste.

3) Une adénopathie sous-mentonnière typique, avec adénopathie sous-maxillaire accessoire.

Aucune trace de chancre, aucune adénopathie dans la région génitale.

OBSERVATION XIII (Bul. de Société belge de Derm. et syph. 1902-1903 n° 2, p. 55, L. Dekeyser).

Le malade est âgé de 37 ans et porte sur le côté gauche, près de la pointe de la langue, une plaie superficielle à peu près circulaire, d'environ un centimètre et dépassant légèrement la surface de l'organe. La plaie présente une induration manifeste presque cartilagineuse, elle est vernissée. L'adénopathie cervicale est très accusée et il existe un ganglion induré

gros comme une noix sous l'angle du maxillaire gauche. Il n'existe aucune cicatrice, ni aucune lésion à la verge. Une roséole apparue depuis quelques jours, seulement, est venue confirmer le diagnostic.

OBSERVATION XIV (Wiener Dermatologische Gesellschaft 1902 Nobl).

..... présente un gardien de nuit, de 28 ans, qui présente à sa langue une affection primaire, de couleur rouge, unie, avec superficie luisante. Les ganglions rétromaxillaires sont augmentés de volume. Un début de l'exanthème papuleux.

OBSERVATION XV (Wissenschaftliche Aertzgesellschaft in Innsbruck, 24 oct. 1913, Merk).

..... présente un malade âgé de 29 ans, porteur à la langue du côté gauche de la pointe d'un chancre primaire de forme sclérosée. Ensuite, le malade présenta une roséole confluente et « opulente » et de maux de tête typiques s'accroissant la nuit.

L'adénopathie locale se trouve sous l'angle droit de la mâchoire. Le dernier rapport sexuel aurait été cinq mois avant le 8 octobre 1913, date à laquelle il est rentré à l'Hôpital.

Il aurait eu l'infection par les mouchoirs sales.

OBSERVATION XVI (Journal of cutaneous and genito urinary diseases. Fischkin 1909, p. 366).

Le malade, jeune homme de 27 ans, s'était exposé il y a cinq semaines à la contagion. Trois semaines plus tard, il a constaté une lésion sur la face dorsale de la langue.

Quelques jours plus tard, tuméfaction notable des amygdales. Lorsqu'on l'a examiné, on a constaté une lésion qui avait comme diamètre un tiers d' « inch » (inch = 3 centimètres), arrondie, à surface érodée, légèrement excavée dans le centre. Elle était située très haut sur la face dorsale de la langue.

L'induration était très typique et profonde. Les amygdales étaient gonflées.

OBSERVATION XVII (Journal of cutaneous and Venereal diseases 1911, p. 352, Williams).

Le malade est un homme âgé de 25 ans. Vers le 18 mars de cette année, il a constaté la présence d'une ulcération à la pointe de la langue ; vers le 25 mars, elle a pris la forme d'un ulcère ovale de un centimètre et demi sur un demi-centimètre de diamètre, à contours nets, bien limités, dont le fond était de couleur jaune sale. Elle progresse considérablement jusqu'au 12 avril. À ce moment, elle a 1 centimètre et quart sur 3 centimètres de diamètre ; elle est élevée, indurée et toujours avec un fond jaune sale. La pointe de la langue à ce moment était plus concave que convexe. Vers le 15 avril, apparition d'éruption papuleuse généralisée profuse.

OBSERVATION XVIII (Proceedings of the royal society of Medecin of London Dermatological Section. 20 janvier 1910, page 51. Donagh Mac and Pother).

Ulcération apparaît vers Noël et est accompagnée de mal

à la gorge. Peu de temps après l'apparition de l'ulcération, un ganglion commence à se tuméfier du côté droit du cou au niveau de la glande thyroïde et du côté opposé à celui de la lésion.

Le 18 janvier, apparition de la roséole.

À ce moment, la lésion de la langue est presque guérie, mais l'infiltration persiste encore. Les ganglions sont tuméfiés et palpables de deux côtés du cou et dans la région sous-maxillaire. D^r Mac Donagh n'a pas pu trouver des spirochètes à l'examen ultra-microscopique, probablement parce que la surface ulcérée s'était déjà couverte des granulations. Mais la réaction de Wassermann a donné un résultat fortement positif.

OBSERVATION XIX (Journal of cutaneous... diseases 1916, p. 698, D^r Dawis).

Une femme blanche, âgée de 18 ans, présente sur la moitié droite de la langue une lésion indurée ayant la dimension d'une pièce de 50 centimes et qui a été soignée par un pharmacien avec du nitrate d'argent et de l'alun. Cette lésion a fait son apparition 6 semaines avant. Grosse adénopathie. Wassermann + + + +.

Mais pas d'éruption sur le corps. Les seules lésions suspectes au point de vue de la syphilis, autres que le chancre, sont quelques papules humides sur la lèvre supérieure. On n'a pas pu savoir la manière dont elle se contamina.

OBSERVATION XX (Arch. of Dermatology and Syphilology. 1927, p. 496, Maloney).

Le malade, âgé de 35 ans, a noté, il y a trois semaines, une

ulcération au milieu de la langue, de couleur blanchâtre, ayant la dimension d'un pois. Deux semaines plus tard, l'apparition de l'éruption maculo-papuleuse sur la face et le tronc ; plaques muqueuses sur les amygdales et adénopathie généralisée.

L'ulcération de la langue présente les dimensions d'une pièce de 50 centimes, avec fond blanchâtre et bords indurés. Pas de chancre ailleurs. Examen ultramicroscopique négatif. On n'a pas encore le résultat de la réaction de Wassermann.

OBSERVATION XXI (Arch. of Dermatology and Syphilology, 1927, p. 785. Parounaghian).

Un homme de 34 ans présente un chancre érosif sur la face dorsale de la langue, à droite de la ligne médiane de forme circulaire, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Présenté, en outre, une éruption maculeuse généralisée. L'adénopathie sous-maxillaire bilatérale. Wasserman + + + +.

OBSERVATION XXII (in thèse Bardet 1918-19)

G..., 30 ans, consulte le 14 novembre 1915 pour une ulcération de la pointe de la langue datant d'une vingtaine de jours, déjà traitée au Val de Grâce, où une réaction de Wassermann aurait donné un résultat négatif.

Il s'agit d'un accident primaire, entamant le derme muqueux, à bord descendant en pente douce, non à pic, à fond lisse et rouge. Contracté, il y a deux mois, à Saint-Denis. Grosse adénopathie rétro-maxillaire indolente. Le malade entre à l'Hôpital et l'on pratique une nouvelle séroréaction qui

se montre positive. Traitements : piqûres de Benzoate et iodure de potassium. Il sort guéri le 5 janvier 1916.

OBSERVATION XXIII (Annal. des mal. vénér. 1915, p. 720.
Mrs. Bizard et J. Bralez).

G..., 25 ans, se présente à la consultation de la Policlinique le 29 novembre 1915. Depuis un mois déjà, il porte à la face supérieure de la langue, à la partie médiane, une lésion en forme d'amande, à contours assez réguliers, diphtéroïde de surface, ne formant pas saillie sur la muqueuse, bordé d'un très léger liseré rougeâtre, sans réaction inflammatoire à la périphérie. Cette lésion, quoique superficielle, est très indurée, elle cause au malade une simple sensation de gêne.

Cet accident est flanqué d'une volumineuse adénopathie sous-maxillaire droite très dure et très douloureuse au palper. L'hypothèse de chancre se confirme à l'examen détaillé du malade, qui révèle une roséole papuleuse discrète sur les parties antérieures et latérales du thorax. Mais l'attention est attirée par une adénopathie des régions inguinales. On constate alors sur la verge, au pourtour même du méat urinaire, une lésion croûteuse, en voie de cicatrisation, deuxième chancre induré, non douteux, qui serait survenu plusieurs jours après celui de la langue ; mais celui-ci ne gênant pas la miction n'a pas inquiété le malade, qui avait négligé d'en faire mention. G... est soumis au traitement mercuriel qu'il suit de façon régulière.

OBSERVATION XXIV (in thèse Bardet 1918-1919)

X..., 25 ans, garde républicain, a eu, il y a deux mois,

un A. P. double, à savoir : un chancre induré de la pointe de la langue, ayant figure d'une ulcération saignante à fond rouge et un chancre induré de forme fissuraire, à la commissure labiale gauche, accompagnés d'une adénopathie sous-maxillaire légère ; on n'a pas remarqué de roséole. Actuellement (24 août 1915), on observe à la face supérieure de la langue vers la pointe des plaques dépapillées régulières de contour, à la commissure labiale gauche des petites croûtes, à la lèvre inférieure et à la face interne des joues des plaques muqueuses érosives de teinte opaline.

OBSERVATION XXV (in thèse Bardet 1918-1919)

Soldat, âgé de 24 ans, montre le 9 janvier 1916 une ulcération à fond sale, dure, siégeant sur le dos de la langue, d'autant de 20 jours. Ce malade nie tout rapport. Il a quelques petits ganglions sous-maxillaires à gauche. C'est un accident primitif, un Wassermann est positif, l'apparition d'une roséole dix jours après confirme le diagnostic.

OBSERVATION XXVI (in thèse Bardet 1918-1919)

M., sans profession, entre à l'Hôpital, le 2 juillet 1916, pour une ulcération de la base de la langue, à gauche. On observe un exsudat pseudo-membraneux du pilier antérieur du voile du palais et une grosse adénopathie cervicale gauche avec empatement de toute la région du cou. Début il y a six semaines par une angine avec fièvre. On ne trouve pas trace de lésion génitale, ni des ganglions inguinaux. Il s'agit d'un

A. P. en voie de cicatrisation. Examen sur lame négatif, Wassermann négatif. Traitement mercuriel. Sort guéri le 14 juillet sur sa demande.

OBSERVATION XXVII (in thèse Bardet 1918-1919)

Mme B... se présente, le 20 janvier 1917, avec deux syphildes croûteuses, l'une à sa lèvre supérieure, l'autre à la commissure labiale gauche et des plaques muqueuses buccales. Il y a deux mois, elle a eu un A. P. fissuraire à l'extrémité antérieure de la langue. Il a laissé une trace décapillée rosâtre. L'induration est nette. Des gros ganglions sous-maxillaires indolents et durs subsistent encore à gauche et à droite. Roséole miliaire discrète, datant de 15 jours. Traitement : injections intraveineuses de cyanure de mercure.

OBSERVATION XXVIII (In thèse Pipet 1907-1908)

Service du Professeur Gaucher :

F... Jeanne, blanchisseuse, entre salle Henri IV, le 4 juillet 1903, avec un chancre induré de la partie droite de l'extrémité antérieure de la langue. Les ganglions situés sous le maxillaire gauche et le sous-lingual sont volumineux. Pas de roséole. La malade a plusieurs stigmates de syphilis héréditaire : glossite exfoliative marginée, canine inférieure gauche inclinée vers la ligne médiane. Canine supérieure droite remplacée par une incisive ; strabisme convergent, dystrophie papillaire, myopie de l'œil droit, œil gauche hypermetrope. Traitement pilules de Dupuytren.

24 juillet 1903. — La malade sort avec un chancre non cicatrisé.

14 octobre. — Le chancre persiste, la malade est traitée par des piqûres de benzoate de mercure.

8 décembre. — Les pilures remplacent les piqûres. Plaques muqueuses de la bouche.

22 mars 1904. — Piqûres d'huile grise. Plaques muqueuses de la bouche.

2 mai 1904. — La malade se fait faire une quatrième piqûre d'huile grise ; elle a eu, en outre, cinq piqûres d'huile grise à Saint-Lazare. Les plaques muqueuses sont améliorées.

20 septembre 1907. — Petite gomme de la voûte palatine du côté droit. Traitement piqûres de benzoate.

19 décembre 1907. — La gomme qui avait presque disparu sous l'influence du traitement, revient. Nouvelle série des piqûres.

OBSERVATION XXIX (Journal des Sciences Médicales de Lille 1905. Derville).

J..., âgé de 20 ans, employé, vint me consulter, dans les premiers jours de janvier, pour une tuméfaction de la région sushyoïdienne gauche. On constatait à ce niveau une tumeur du volume d'une grosse noisette, résistante, mobile sur la peau et sur les régions profondes ; cette tumeur était un peu douloureuse au palper. Je constatai un autre ganglion, beaucoup plus petit, à droite du précédent, et enfin toute une série d'autres à la région sous-maxillaire et sur les côtés du cou. J'appris, en outre, que, depuis quelques semaines, la santé générale laissait à désirer : amaigrissement, affaiblissement, frissonnements le soir, insomnie. L'examen de la surface du corps me permit de constater l'existence d'une roséole typique.

Les lèvres étant saines, je passai à l'examen de la langue et

j'observai sur la face inférieure de l'organe, au niveau de l'attache du frein et la débordant de deux côtés, une saillie papuleuse, rouge, manifestement indurée au palper, malgré la difficulté de l'examen causée par la mobilité de la langue.

L'attention du malade étant éveillée sur ce point, j'appris qu'il avait eu à ce niveau, au commencement de novembre, une petite ulcération à laquelle il n'avait pas pris garde et dont il s'était aperçu par la légère douleur que lui causaient les mouvements de la langue. Quant à l'origine de cet accident, il nous fut impossible de l'établir. Le malade n'ait tout contact suspect, et ce n'est qu'après l'avoir revu plusieurs fois, après avoir multiplié et varié les questions, qu'il nous fit le récit suivant : Au début du mois d'octobre, s'amusant avec des camarades, il avait mis à la bouche une pipe dont il ne connaissait pas le propriétaire. Est-ce là l'intermédiaire, le véhicule du virus ? Je n'oserai l'affirmer. Mais en présence des dénégations du jeune homme, en face d'une syphilis indéniable, d'une induration de la face inférieure de la langue et de l'énorme hypertrophie du ganglion sushyôïdien, nous croyons pouvoir localiser l'accident primitif sur la face inférieure de la langue et l'origine invoquée par le jeune homme reste admissible. Depuis lors, le traitement a été exactement suivi, la syphilis a évolué d'une façon relativement bénigne, le diagnostic cependant a trouvé une autre confirmation dans l'apparition d'une alopécie diffuse et assez accusée du cuir chevelu.

OBSERVATION (in thèse Reboul 1892-93 — Bordeaux)

Le jeune X..., âgé de 25 ans, vient me trouver, dans le courant de juin 1889, pour une ulcération qu'il présente à la pointe de la langue.

Cette ulcération, datant de quinze jours, a débuté par un

petit bouton papuleux, nullement douloureux, mais gênant un peu le malade pendant les mouvements de la mastication. Il a écorché ce bouton et à la place est venue s'installer l'ulcération actuelle.

Au niveau de la pointe de la langue, ulcération circulaire, des dimensions d'une pièce de 20 centimètres. Les bords parfaitement réguliers ne sont pas déchiquetés et se continuent par une pente insensible avec la surface de l'ulcération. La surface ulcérée est un peu creusée en godet ; elle est recouverte d'une pseudo-membrane opaline et repose sur une base nettement indurée. Point de douleurs spontanées ; le malade ne souffre pas, il est plutôt gêné, surtout pendant les mouvements de la mastication qui déterminent une légère hémorragie. Adénopathie sous-maxillaire, pas encore d'éruption. Deux inoculations ont été faites, qui ont donné un résultat négatif, et quinze jours après, le malade est venu de nouveau me trouver, présentant cette fois sur le fronc et les membres une magnifique roséole.

Il m'a avoué franchement qu'une douzaine de jours avant l'apparition du bouton primitif, il avait eu avec une femme de rencontre des rapports expliquant parfaitement le siège du chancre.

OBSERVATION XXXI (Journal russe des malad. vénér. et de la peau 1905. Ulcération linguale chez un enfant de 11 ans. Syphilis acquise datant de 2 ans par Gaucher et Malloizel).

La malade, âgée de 11 ans, est entrée à la clinique ayant sur le bord gauche de la langue une fissure linéaire large de trois centimètres avec un fond plat et des bords irréguliers.

Au commencement, cette fissure a été interprétée comme une simple ulcération ayant pour cause des dents cariées mal

placées, mais plus tard son caractère syphilitique a-été établi.

La fillette était bien portante jusqu'à l'âge de 9 ans. A cet âge, elle était contaminée par un syphilitique âgé de 19 ans, qui faisait souvent des tentatives d'intromissio penis. Quelque temps après, elle a eu un chancre de la commissure labiale. Elle a eu la roséole à son temps, ensuite alopecie et des autres symptômes de la syphilis et enfin la fissure actuelle intéressante au point de vue des fautes de diagnostic possibles.

OBSERVATION XXXII (Annales de maladies vénériennes
1924. Alberto Serra).

N. B., 48 ans, maçon, de Cagliari, se présente à ma consultation avec un double chancre de la base de la langue. Le malade, père de quatre enfants, nie de la façon la plus énergique avoir eu des rapports extra-conjugaux et personne dans la famille n'est atteint de la syphilis. Le malade attribue son affection à une pipe que lui prêta un ami plusieurs fois un jour que, retenu au travail, il avait oublié la sienne chez lui. Une enquête permit, en effet, de savoir que cet ami était atteint de syphilis. Là encore, la victime de la contamination accidentelle ne resta pas seule : la femme et une fille de cet homme furent contaminées et ensuite soignées par moi.

OBSERVATION XXXIII (ibidem).

S. A., 51 ans, forgeron de Cagliari, se présente à la consultation avec un syphilome ulcéré du bord gauche de la base de la langue. Ce malade présentait, en outre, des adénopathies

sous-maxillaire et cervicale. La ponction du ganglion sous-maxillaire le plus gros permet de constater quelques tréponèmes. Je le mis en observation et j'attendis les accidents secondaires qui apparurent après une vingtaine de jours. La réaction de B. W. était positive. Le malade attribue son affection à un fume-cigàrette trouvé dans la rue et dont, fumeur obstiné, il se servit constamment. Il n'a pas été possible de trouver une autre explication du mode de contamination.

OBSERVATION XXXIV (in thèse Chabrol 1925)

G. H., 30 ans, 1^{er} zouave, vient consulter pour une ulcération de la pointe de la langue datant d'une vingtaine de jours et déjà traité au Val de Grâce où une réaction de Wassermann a été pratiquée et se serait montrée négative.

Actuellement, gros ganglions. L'ulcération est en voie de cicatrisation.

Wassermann positif.

Le malade a contracté son chancre par rapports bucco-génitaux à Saint-Denis.

OBSERVATION XXXV (ibidem).

L. M., 25 ans, garde républicain, a présenté il y a deux mois deux chancres indurés, un de la pointe de la langue, l'autre de la commissure labiale gauche.

N'a pas remarqué d'adénopathie, ni de roséole. Actuellement, la langue est dépapillée et on constate de larges plaques muqueuses ulcérées de la lèvre inférieure, de la commissure labiale et de la face interne des joues.

OBSERVATION XXXVI (ibidem)

L. A..., 29 ans, livreur, entre pour une ulcération siégeant sur le bord gauche de la langue, dont le début remonte à quinze jours. Cette ulcération est absolument indolore, spontanément, mais on note une certaine douleur provoquée par le tabac et par les mets acides. La langue est fendillée. Adénopathie sous-maxillaire bilatérale : petits ganglions durs, roulants sous le doigt, indolores. Céphalée à prédominance orbitaire gauche. Asthénie. Wassermann positif.

OBSERVATION XXXVII (ibidem)

D. A..., 41 ans. Ulcération arrondie, reposant sur une base très indurée de la langue, accompagnée de ganglions sous-mentaux.

Cette ulcération a débuté il y a une quinzaine de jours et s'est agrandie progressivement, est restée constamment indolore. Wassermann négatif.

Revient un mois après, Wassermann positif.

L'ulcération, sous l'influence du traitement, est en voie de cicatrisation.

OBSERVATION XXXVIII (ibidem)

H. L..., 28 ans, vient consulter pour deux chancres typiques, dont l'un siége au niveau de la face dorsale de la langue

avec adénopathie sous-mentale, le début remonte à un mois et dont l'autre a pour siège le sillon balano-préputial et est accompagné d'une adénopathie inguinale bilatérale. Ce chancre est apparu quelques jours après.

OBSERVATION XXXIX (ibidem)

A. B., 30 ans, ménagère. Ulcération de la base gauche de la langue et exsudat pseudo-membraneux du pilier antérieur du voile du palais. Grosse adénopathie cervicale gauche avec empâtement de toute la région gauche du cou.

Le début remonte à six semaines. La malade dit avoir eu à ce moment-là une angine avec fièvre. La malade est traitée immédiatement par piqûres de Novarsenobenzol. La lésion cède au traitement. Ne présente pas d'accidents secondaires.

OBSERVATION XL (Annales des maladies vénériennes 1917 — Lévy Bing et Gerbay, page 582).

P..., 21 ans, infirmier à la section d'infirmiers militaires, étudiant en médecine, constate le 25 juin 1917, sur la partie antérieure gauche de la face dorsale de la pointe de la langue, une érosion linéaire de deux millimètres de longueur environ. Exactement un mois auparavant, P... avait à Paris, dans un café, embrassé à maintes reprises une prostituée professionnelle, qu'il avait rencontrée là et qu'il ne connaît pas. Il n'eut avec elle aucun autre rapport. Fait à noter, ce malade ne fume jamais. Vers le 5 juillet, le malade, qui s'observe tous les

jours, s'aperçoit que la lésion linguale, qui date de dix jours environ, est entourée d'une zone d'induration circulaire.

Le 16 juillet, P... consulte le médecin-chef de son ambulance et le médecin d'une formation voisine qui, tous deux, considèrent la lésion comme banale et rassurent le malade.

Vers le 25 juillet se produit brusquement une poussée ganglionnaire dans la région cervicale antéro-supérieure gauche, près de l'angle du maxillaire inférieur.

Cette adénopathie était, au dire du malade, monoganglionnaire. En même temps, la région sous-mentonnière devient douloureuse à la palpation, qui ne révèle d'ailleurs la présence d'aucun ganglion. Cette poussée ganglionnaire coïncidait avec une élévation subite de la température, qui atteint 39°, pour redevenir normale au bout de 24 heures.

Ces phénomènes réactionnels furent mis par les médecins, qui examinèrent le malade à ce moment, sur le compte d'un état grippal passager. Enfin, le 2 août, c'est-à-dire 38 jours après le début de la lésion linguale, apparaît une éruption généralisée, qui vient dissiper tous les doutes : le diagnostic de chancre syphilitique de la langue s'imposait. P... fut d'abord soigné à sa formation où il reçut une injection d'huile grise, avant d'être évacué sur notre centre de vénéréologie où il arrive le 9 août 1917.

À son entrée dans le service, P... présente sur la partie antérieure gauche de la pointe de la langue, à 3 millimètres du bord antérieur, à deux millimètres de la ligne médiane, un chancre érosif, parfaitement circulaire, de couleur grisâtre, tranchant sur le rose de la langue, en voie de cicatrisation, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, présentant à son centre une fissure perpendiculaire à l'axe de la langue. L'induration, très facilement perceptible, est limitée à la zone érosive et donne une sensation cartilagineuse.

Le malade n'accuse aucune douleur, ni spontanément, ni à la palpation ; à aucun moment cette lésion ne fut douloureuse, pas même en mangeant. Il n'existe aucun ganglion sous-

mentonnier, mais quelques petits ganglions sous-maxillaires du côté gauche et une adénopathie cervicale antérieure et supérieure gauche, située le long du bord interne du sternocleïdo-mastoïdien, près de l'angle du maxillaire ; à ce niveau, on sent à la palpation un ganglion de la dimension d'une grosse amande mobile non douloureux, d'une consistance rénitente.

Enfin, deux petits ganglions sont perceptibles dans la région cervicale postérieure gauche. Le tronc, les membres supérieurs, la racine des cuisses sont couverts d'une roséole à éléments maculeux très nombreux, d'une teinte rose vive. La réaction de Wassermann, fait le 10 août 1917, a donné un résultat positif (Ho). L'examen ultramicroscopique a été également positif.

OBSERVATION XLI (ibidem)

J..., 26 ans, du régiment des dragons, cultivateur, a eu en permission, à Lyon, dans la nuit du 20 au 21 mai 1917, avec une femme de rencontre, plusieurs coïts. Interrogé d'une façon précise, J... dit avoir embrassé cette femme sur la bouche, mais nie tout contact bucco-vulvaire. Avant cette date, J... n'avait eu aucun coït depuis février 1917... Il n'eut dans la suite aucun rapprochement féminin.

Le malade fume la cigarette, jamais la pipe.

Le 14 juillet, J... s'aperçut de la présence d'une lésion sur la partie antérieure gauche de la face dorsale de la langue, et cela à l'occasion d'un traumatisme. Se trouvant dans une sape, il se contusionne le crâne et se mord la langue. Quelques instants plus tard, il regarde dans une glace et constate l'existence d'une petite lésion siégeant sur la partie même de la langue qu'il s'était mordue.

À partir de cette époque, J... se présente chaque jour à la visite médicale du bataillon.

Vers le 25 juillet environ, débute une adénopathie cervicale antéro-supérieure gauche, située près de l'angle du maxillaire inférieur.

Enfin, le 6 août apparaît une roséole généralisée, et à son entrée dans notre service, le 9 août 1917, J... présente sur la partie antérieure gauche de la face dorsale de la langue, à 15 millimètres du bord antérieur et tangent à la ligne médiane, un chancre papuleux, d'une coloration rouge avec disque central grisâtre, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, faisant un relief de trois millimètres au-dessus des parties saines. L'induration en pastille est même perceptible à la vue. L'examen ultra-microscopique décèle la présence de nombreux tréponèmes. Aucune douleur, ni spontanément, ni à la palpation, ni même à la mastication. Le malade n'accuse une sensibilité de la langue que pendant deux jours, au moment où il se mordit, vers le 14 juillet. Il n'existe aucun ganglion sous-mentonnier, mais une adénopathie siégeant sur le bord interne du sterno-cléido-mastoïdien, près de l'angle gauche du maxillaire inférieur. À ce niveau, la palpation révèle la présence de nombreux ganglions petits, mobiles, durs, non douloureux. Le tronc, mais surtout la région thoracique antérieure, est le siège d'une roséole généralisée à éléments maculeux et papuleux, nombreux. Sur le gland, on constate déjà une syphilide érosive de la dimension d'un grain de millet, syphilide apparue presque en même temps que les accidents cutanés. La réaction de Wassermann, faite le 10 août 1917, a donné un résultat positif (Ho).

OBSERVATION XLII (Arch. für Dermat. und Syph. 1897

T. 39, p. 65. Über extragénital Syphilisinfection Bloch).

N..., 33 ans, commerçant, entré le 26 février 1893.

A la pointe de la langue, on voit une lésion de la grosseur d'un petit sou. (Kreuzer). Son fond en est très dur. Une riche éruption maculeuse sur le corps, sur les piliers des plaques muqueuses exulcérées ; adénopathie sous-maxillaire bilatérale. Le malade a eu à la pointe de la langue, trois semaines après le dernier coït un petit bouton qu'il a piqué avec une aiguille. Plus tard, ce bouton s'est transformé en tuméfaction. Depuis quelques jours, il a remarqué l'éruption. Après des interrogatoires précis et multipliés, le malade avoue avoir eu des rapports bucco-vulvaires avec une prostituée.

OBSERVATION XLIII (ibidem)

J. L..., 22 ans, femme de chambre, entrée le 18 février 1886. Présente à la pointe de la langue une lésion bien limitée, couverte d'un enduit de couleur lardacée, dont le fond paraît être très infiltré.

Adénopathie sous-maxillaire bilatérale.

Depuis 14 jours, la malade a observé une tuméfaction au cou, au-dessous de la mâchoire et le jour suivant le bouton à la pointe de la langue. « Le bouton » s'est « ouvert » et fut suivi d'une érosion qui grandissait de plus en plus.

La manière dont elle s'infecta resta inconnue.

OBSERVATION XLIV (Journal des Praticiens 1921. Fouqué)

Mme Lucie X..., 22 ans, vient consulter pour des ulcérations vulvaires. Je porte le diagnostic des plaques muqueuses

et pour plus ample examen l'adresse à un spécialiste de Cherbourg. Mon confrère me répond : aucun doute ; tréponèmes très vivants et nombreux. Wassermann positif. La malade a été contagionnée par son mari qui a d'ailleurs refusé de l'accompagner chez moi. Je conseille des injections de 914. Comme elle habite assez loin, elle vient pendant la durée du traitement chez sa mère qui habite le bourg avec une fille plus jeune. J'ai recommandé à la malade les mesures prophylactiques habituelles. Elle supporte sans incident une série de néoarsénobenzol poussée jusqu'à 0 gr. 60 ; femme menue, de petite taille. La malade avait présenté au début du traitement une roséole intense qui a disparu assez vite, ainsi que les autres accidents. Je lui prescrivis comme complément les cures alternées de pilules de Ricord et d'Hectine. Trois mois après environ, je reçois la visite de Mme Thérèse N..., sœur de la malade, âgée de 19 ans et jeune mariée de un mois. Son mari l'accompagne et le couple paraît fort émotionné en me racontant cette histoire : « Monsieur le Docteur, je viens d'apprendre par elle-même que vous avez soigné ma sœur d'une « vilaine » maladie. Or, je me suis servi de sa brosse à dents au début de son arrivée chez nous. Il m'est venu une grosse écorchure à la langue. On m'a dit que c'était une « aphte » et j'y ai mis de la teinture d'iode. Ça a passé, mais voilà que maintenant j'ai une espèce de rougeole comme a eu ma sœur et mon mari s'est aperçu il y a deux jours qu'il était écorché sur la verge ». J'examinai d'abord la jeune femme : roséole intense, plaques muqueuses buccales, vulvaires et condylomes de l'anus. Un des bords de la langue porte, à peine cicatrisé et encore très cartonné, le chancre infectant. Le mari présente un chancre induré typique de l'extrémité de la verge. L'étiologie semble très nette : accident primaire buccal chez la femme qui, au moment du mariage, devait présenter des plaques muqueuses vulvo-vaginales.

Il est bon d'ajouter que Mme N... avait à X sur Y une réputation irréprouvable comme jeune fille. Je commence un

traitement d' « assaut » : Cyanure de Hg et 914. Après une série d'intra-veineuses de néoarsénobenzol, tous les accidents disparaissent chez Mme N... et son mari n'a jamais eu jusqu'ici comme accident que le chancre infectant. Mais pour compliquer les choses, elle devient grosse à peine le traitement commencé ; vomissements gravidiques que la malade attribue aux médicaments, à signaler même un accident dramatique survenu chez les conjoints et dû vraisemblablement à du cyanure de mercure de mauvaise qualité : diarrhée intense chez la femme qui me fait prendre la résolution de m'adresser au benzoate intra-musculaire ; quand à son tour, le mari est atteint d'une poussée dysentérique terrible, 40 selles sangui-nolentes en 24 heures avec lypothimies, sueurs froides, etc... Après quelques jours, la main un peu tremblante je fais du cyanure Dausse aux deux malades et je puis continuer ainsi le traitement mercuriel intraveineux sans autre ennui. A cause de frais considérables d'un pareil traitement chez des petits bourgeois, j'arrête le 914 à 0 gr. 75 chez la femme et 0 gr. 60 chez l'homme qui le supporte moins bien. Pendant toute la grossesse, la jeune femme prend pendant 15 jours les pilules de Ricord, pendant 10 jours de l'Hectine en pilules. Le mari suit le même traitement.

Mme N... accouche à terme d'un superbe garçon qu'elle a nourri pendant 6 mois au sein et qui ne présente actuellement aucun stigmate de syphilis. Mme X..., qui avait contaminé involontairement sa sœur et son beau-frère, est revenue me trouver par la suite, enceinte de quatre mois.

Elle avait continué à suivre son traitement : tous les trimestres une cure mercurielle (pilules de Ricord) et arsénicale (Hectine) de trente jours. Je lui conseille, bies qu'elle n'ait jamais présenté d'accidents nouveaux, de prendre chaque mois pendant 15 jours deux pilules de Ricord, pendant 10 jours deux pilules d'Hectine. Son mari qui avait refusé de se soigner au moment où je traitais sa femme au 914, avait depuis lors présenté des accidents (plaques muqueuses, laryngite), qui

l'avaient décidé à suivre un traitement arsénical. Mme X... vient d'accoucher à terme d'un garçon de 4 kgs 500, qui paraît indemne.

Je crois qu'on peut conclure de cette observation : qu'il est absolument nécessaire d'insister auprès de tout syphilitique pour qu'il prenne des mesures de prophylaxie rigoureuses vis-à-vis de son entourage.

Mme X... avait un couvert à part, un verre spécial, mais... elle laissait traîner sa brosse à dents avec celle de sa mère et de sa sœur ; qu'un traitement mercuriel et arsénical combiné donne au début de la gestation d'excellents résultats. Mme N... est devenue grosse en pleine infection : roséole et plaques. Elle était très probablement fécondée au moment où j'ai pratiqué la première injection de 914. Je n'ai pas pu malheureusement faire contrôler par le Wassermann les bons résultats cliniques obtenus.

OBSERVATION XLV (Rev. de Stomatologie 1907, p. 501, Decréquy).

Un garçon, âgé de huit ans, a vu survenir sur le bord droit de la langue une ulcération, qui s'est produite juste trois semaines après l'extraction par un dentiste de la deuxième molaire inférieure droite de première dentition. L'aspect classique : l'induration, l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire font penser à un chancre syphilitique primitif. Le diagnostic est confirmé par la durée de l'ulcération, sa cicatrisation rapide sans traitement, l'apparition de la roséole. L'époque de l'éclosion du chancre plaide fâcheusement en faveur d'une inoculation par le davier. Fournier a rapporté des cas semblables. Butlin déclare les chancres spécifiques de la langue très rares en Angleterre... Si l'infection par les instruments du

dentiste entrain comme une cause fréquente dans l'étiologie des chancres buccaux, ceux-ci seraient plus fréquents en Angleterre. Là comme chez nous, le cabinet du dentiste est aussi un bureau, une sorte de salon et une salle d'opération ; un luxe quelconque satisfait la clientèle et tient lieu d'asepsie. Rares sont ceux qui ont une étuve ou une bouilloire dans leur cabinet, et si l'on suivait les instruments à l'atelier, on verrait sur quelle table ils sont posés après l'ébullition. Je crois pouvoir conclure que si les chancres buccaux d'origine génitale sont assez fréquents, le chancre inoculé par les instruments des dentistes sont certainement très rares. Il faut sans doute pour leur éclosion des conditions qui se trouvent rarement réunies.

OBSERVATION XLVI (Annal. des maladies vénériennes 1909, p. 189, Nicolas, Moutot).

Anaïs T..., 28 ans, se présente le 21 juillet 1908 à la consultation de M. le Professeur Nicolas pour diverses lésions ulcéreuses et une éruption généralisée pour lesquelles la nature syphilitique n'est pas discutable. La malade est une professionnelle : l'interrogatoire ne permet pas de déterminer d'une façon précise la date de contamination.

Chronologie des accidents. Au début de juin, la malade a constaté sur la langue, près des bords, à deux centimètres et demi à trois centimètres de la pointe un petit bouton blanc. Croyant à du pus, elle tente de l'ouvrir avec une aiguille ; ni pus, ni liquide ne s'évacuèrent. La lésion était indolente, sauf un peu de cuisson lors de l'alimentation. La lésion atteignit la surface d'une grosse lentille sans grande ulcération et évolua à l'aspect décrit plus loin. Environ 15 jours après, survient en arrière de l'incisive médiane gauche une lésion qui,

d'abord noyau du volume d'un poids, s'ulcéra et se creusa, jusqu'à l'état actuel.

Dans les jours qui suivirent, simultanément sont apparues une lésion ulcéreuse au dos de la main droite et une lésion de la lèvre inférieure, lésions qui toutes deux ont actuellement les caractères typiques des chancres syphilitiques. La malade a la mauvaise habitude de se mordre les lèvres et de les lécher avec la langue. Elle ne se souvient pas d'avoir présenté de petite plaie de la main qu'elle aurait léché.

Au 8 juillet, une céphalée violente continue, dure deux jours. Le 15 juillet, la malade s'aperçoit de l'éruption généralisée qu'elle présente.

Actuellement, 21 juillet 1908, on note :

Sur la langue, à droite et à gauche, tout près du bord, sur la face dorsale, une petite dépression de la muqueuse à aspect légèrement cicatriciel, nacrée, d'apparence diphtéroïde, sans que par le grattage on ne puisse rien détacher. Il existe une induration cartilagineuse profonde, du volume d'un pois.

Sur la voûte palatine, une ulcération arciforme à concavité antérieure limitée par l'incisive médiane gauche. Creusée assez profondément, elle rappelle dans sa forme la perte de substance qui serait produite par un fort coup d'ongle ou de curette dans une substance molle ; le bord rosé est très légèrement surélevé et induré, le fond a pris l'aspect putrilagineux des lésions syphilitiques envahies secondairement par la symbiose fusospirillaire. Sur la face dorsale de la main droite, au niveau du deuxième espace, une lésion papulo-ulcéreuse de la surface d'une pièce d'un franc ; elle est surélevée en plateau à surface plane, unie, suintante, rouge, sans croûtes, ni bourgeons papillaires exubérants. Le bord arrondi, net, n'est ni décollé, ni surélevé. À la palpation, induration cartonnée.

Sur la lèvre inférieure, une lésion ulcéreuse arrondie, de la surface d'une pièce de 50 centimes, siégeant surtout sur la partie muqueuse. Là, son fond est lisse, humide, suintant ; il devient croûteux et légèrement hémorrhagique dans la partie

cutanée. Toute la lésion repose sur une masse indurée très profondément qui se marque extérieurement par une hypertrophie locale de la lèvre.

Les organes génitaux et l'anüs, à un examen complet, ne montrent aucune lésion en évolution, ou cicatrice permettant de penser qu'il y a eu un accident primitif de ce côté. L'infection lymphatique est généralisée ; les ganglions rétro-maxillaires, sous-maxillaires, sushoïdien, sont augmentés de volume, durs, non douloureux, bien isolés, en pleïade. Ils ne présentent pas les caractères ordinaires des adénopathies satellistes des chancres buccaux. Les chaînes cervicales, latérales, sous-sterno-cléïdo-mastoïdiennes et postérieures sont nettement perceptibles. L'adénopathie épitrocléenne et axillaire est plus marquée à droite. L'adénopathie inguinale est peu marquée, bilatérale. L'infection secondaire, en outre de cette adénopathie généralisée, est manifestée par :

Une céphalée continue à exacerbation vespérale et nocturne ;

Une éruption généralisée à caractères typiques d'éruption secondaire à forme maculeuse et papuleuse avec quelques éléments papulo-squameux et syphilides acnéiques du cuir chevelu.

Il n'y a pas de syphilides muqueuses buccales, vulvaires ou anales.

La malade est mise au traitement mercuriel intensif : une injection de 0 gr. 04 de Biiodure de mercure en solution aqueuse, tous les deux jours...

... Il y a là multiplicité de chancres...

Ce sont des chancres successifs. Un intervalle de quinze jours et trois semaines est précisé par la malade dans l'apparition des divers chancres. Quelle explication faut-il en donner ? L'auto-inoculation, semble-t-il, doit être admise. Les premiers chancres, ceux de la langue, furent d'origine vénérienne probable ; la malade est une professionnelle. L'habitude de se mordre et de se lécher les lèvres explique l'auto-

inoculation à la lèvre inférieure. La voûte palatine est fréquemment lésée en arrière des incisives, lors de l'alimentation, la langue s'y porte naturellement, d'où auto-inoculation.

OBSERVATION XLVII (Vratsch 1891, p. 455. Communication à la Société russe de syphiligraphie et Dermatologie par M. Tschistiaccoff).

La malade, âgée de 21 ans, mariée, présente sur la face dorsale de la langue un chancre primaire. Le mode d'infection : en s'embrassant, elle introduisait la langue dans la bouche du partenaire.

OBSERVATION XLVIII. — Les Annales de la polyclinique centrale de Bruxelles 1908, p. 330, citent un cas d'un malade avec double chancre de la langue, conséquence de quelques menus plaisirs d'amour.

Un était de la grandeur d'un franc et était situé sur la ligne médiane, l'autre un peu plus bas et à gauche, était plus petit de cinq millimètres de diamètre.

Tous les deux se trouvaient au tiers antérieur de la langue. Ils étaient tous deux de forme érosive. Au même temps, une roséole généralisée. Les chancres formaient une certaine élévation sur une base nettement indurée. Adénopathie était caractéristique.

Le but de mon travail clinique et statistique a un double intérêt clinique et prophylactique. Le premier résulte de la contribution, pour si modeste qu'elle soit, que j'apporte à la

meilleure connaissance de lésions qui se présentent de temps à autre au médecin dans sa pratique journalière. Le second cherche à déraciner dans la grande masse du public le préjugé invétéré que la syphilis est une maladie exclusivement vénérienne et qu'il suffit de s'abstenir de tout rapport sexuel pour l'éviter.

Parmi les photographies illustrant cette thèse, il y en a une (planche IV) magnifique cas de chancre hypertrophique en plateau, dont malheureusement je n'ai pu retrouver l'observation qui s'est égarée dans les archives de l'Hôpital Saint-Louis.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Observations	Adénopathie, son siège.	Age	Sexe	Y a-t-il une gêne, douleur ?	Siège du chancre	Ses dimensions	Sa forme	Roséole date de son apparition, s. siège, s forme	Étiologie
I	Adénopathie sous - angulaire mandibulaire droite.	28 ans	homme	indolore	Face supérieure de la langue.	Dix centimes	papulo-érosive	3 semaines après le début du chancre, siège thoraco-abdominal.	Médiate; flûte; assise bien portante.
II	Adénopathie	27 ans	homme	Indolore	Près pointe du côté droit.		Érosive	Précoce.	Bucco - buccale ou bucco-génitale.
III	Adénopathie.	28 ans	homme	Peu douloureux.	Tiers antérieur de la langue, du côté droit.	50 centimes.	Hypertrophie en plateau portant une érosion		
IV	Grosse adénopathie.	22 ans	femme	Peu douloureux.	Face inférieure de la langue, près pointe, du côté droit.		Papulo-érosive		
V	Grosse adénopathie.	35 ans	homme	Très douloureux	Partie antérieure, sur la ligne médiane.	1 schilling.	Ulcéreuse.	Roséole papuleuse.	médiate: pipe
VI	Adénopathie.	44 ans	homme	gêne	2 chancres, de deux côtés de la ligne médiane.	1) 1 centimètre de diamètre sur le relevé de 2 mm. 2) plus petit.	1) hypertrophie (en plateau) 2) papulo-érosive.		Médiate: à chiqué et à fumer des bouts de cigares ramassés

VII	1) adénopathie énorme sous et rétro-maxillaire 2) adénopathie	3 ans 1) enfant 2) mère	Douleurs à la mastica- tion.	3 chancres, partie antérieure de la langue ; 1 chanc., partie post. sur la li- gne médiane mère ; bord dr. près pointe.	3 chancres hypertrophiques en plateau ; 1 chanc. ulcé- ro-hypertrophique ; mère ; pas de chanc. fissu- raire.	Roséole à pei- ne prononcée, 4 semaines après mère ; pas de roséole.	Médiate, père, médiate, mari.
VIII	Adénopathie peu développée	42 ans homme	Non dou- loureux.	A la face infé- rieure, près du frein du côté gauche.	Ulcéreuse		Restaurant ?
IX	Polyadénite énorme sous- maxillaire gau- che, indolente.	homme		Face inférieure, près frein, du côté droit.	Ulcéreuse Diphthéroïde	Roséole, 6 se- maines après le début du chan- cre.	Baiser colom- bien (maraichi- nage)
X	Adénopathie sous-maxillaire bilatérale, sus- hyoïdienne, ju- gulaire.	44 ans homme	gêne	1) à la pointe. 2) deux centimè- tres derrière la pointe à gauche 3) levre infé- rieure, 4) verge.	1) fissuraire 2) fissuraire	Roséole, 4 se- maines après.	Bucco-buccà- le, ou génito- buccalé.
XI	Adén. sous-ma- xillaire cervica- le, supra-clavi- culaire.	18 ans homme		Face dorsale de la langue, côté gauche du tiers antérieur.	Hypertrophique (en plateau)	Roséole	

XII	Adén. sous-maxillaire, sous-mentonnaire.	28 ans	homme	A la face inférieure derrière le frein de la langue.		Ulcéreuse	Roséole 6 semaines après.	
XIII	Adén. cervicale, sous-maxillaire gauche.	37 ans	homme	Près de la pointe.		Ulcéreuse	Roséole	
XV	Adén. sous-angulo-mandibulaire droite.	29 ans	homme	A la pointe, de son côté gauche		Ulcéreuse	Roséole confluenie et opulenta.	Les mouchoirs sales.
XVI		27 ans	homme	Très haut sur la face dorsale de la langue.	1 centimètre de diamètre.	Erosive.		
XVII		25 ans	homme	A la pointe	3 centimètres sur 1 centimètre et 1/4.	Ulcéreuse (hypertrophique).	Roséole papuleuse profuse, 4 sem. après.	
XVIII	Adénopathie rétro-maxillaire bilatérale.		homme			Ulcéreuse.	Roséole papuleuse, 4 semaines après.	
XIX	Grosse adénopathie.	18 ans	femme	A la face dorsale de la langue du côté dr.	D'une pièce de 50 centimes.	Erosive.	6 semaines après, pas de roséole ; W.	
XX	Adénopathie génératisée.	35 ans	homme	Au milieu de la langue.	D'une pièce de 50 centimes.	Ulcéreuse.	5 s. après ; roséole maculopapuleuse ; siège face, tronc.	

XXI	Adénopathie sous-maxillaire bilatérale.	34 ans	homme		Sur la face dorsale, du côté droit.	D'une pièce de 50 centimes.	Erosive.	Roséole muqueuse généralisée.	
XXII	Grosse adénopathie rétro-maxillaire.	30 ans	homme		A la pointe de la langue.		Ulcéreuse.		
XXIII	Volumineuse Adénopathie sous-maxillaire droite, douloureuse.	25 ans	homme	gène	Au milieu de la face supérieure de la langue.		Erosive, pseudo-membraneuse. (2 chancre sur la verge).	Roséole papuleuse après secousses sur la main et le thorax.	
XXIV	Légère Adénopathie sous-maxillaire.	25 ans	homme		1) pointe de la langue. 2) commissure labiale gauche.		17 ulcéreuse. 25 fissuraire (lèvre).		
XXV	Adénopathie sous-maxillaire gauche.	24 ans	homme		Dos de la langue.		Ulcéreuse.	Roséole.	
XXVI	Grande Adénopathie cervicale gauche.		femme		A la base de la langue, du côté gauche.		Ulcéreuse.		
XXVII	Adénopathie sous-maxillaire bilatérale.		femme		A la pointe de la langue.		Fissuraire.	Roséole miliaire 6 semaines après.	

XXVIII	Adénopathie sushyoidienne et sous-maxil- laire gauches.	femme	A la pointe, du côté droit.		Pas de roséole.	
XXIX	Adénopathie sushyoidienne cervicale, sous- maxillaire bila- térale.	29 ans homme	A la face infé- rieure, au ni- veau du frein.	Ulcéreuse.	Roséole.	Médiate: pipe.
XXX	Adénopathie sous-maxillaire.	25 ans homme	A la pointe de la langue.	D'une pièce de 20 centimètres.	Roséole 30 jours après siège: tronc, membres.	Rapports: bucco - vul- vaires.
XXXI		11 ans fillette	Au bord gau- che de la lan- gue.	Fissuraire.		Contaminée par les tenta- tives du coït buccal faites par un syphi- litique.
XXXII		48 ans homme	2 chancres de la base de la langue.			Médiate: pipe.
XXXIII	Adénopathie sous-maxillaire cervicale.	51 ans homme	Au bord gau- che de la lan- gue.	Ulcéreuse.	Roséole.	Fume - ciga- rette.
XXXIV	Adénopathie.	30 ans homme	à la pointe de la langue.	Ulcéreuse.		Rapports buc- gé. à St-Denis.

XXXV	Adénopathie sous-maxillaire bilatérale.	25 ans	homme	indolore, sensible au tabac, mets acides.	1) à la pointe de la langue. 2) à la commissure labiale gauche.				
XXXVI	Adénopathie sous-maxillaire bilatérale.	29 ans	homme		Au bord gauche de la langue.	Ulcéreuse.			
XXXVII	Adénopathie sous-mentonnière.	41 ans	homme	Indolore.	Sur le dos de la langue.	Ulcéreuse			
XXXVIII	Adénopathie sous-mentonnière ; adénopathie anguinale bilatérale.	28 ans	homme		1) face dorsale de la langue. 2) sillon balano-préputial.				
XXXIX	Grosse adénopathie cervicale gauche.	30 ans	femme		A la base de la langue, du côté gauche.	Ulcéreuse.	Pas de roséole.		
XL	Adénopathie sous-angulaire mandibulaire et cervicale gauche.	21 ans	homme	Aucune gêne.	Pointe à sa face dorsale, du côté gauche.	Erosive.	Roséole maculeuse 38 jours après. Siège : tronc, membres supérieurs, racines des cuisses.	Rapports bucco-buccaux (embrasse une prostituée).	

XLI	Adénopathie cervicale et sous angulo-mandibulaire et cervicale gauche.	26 ans	homme	Aucune douleur.	A la partie antérieure, face dorsale, côté faisant relief de gauche.	D'une pièce de 50 centimètres, 3 millimètres.	Papuleuse.	Roséole maculo-papuleuse trois semaines après. Siège : tronc, surtout thorax à sa partie antérieure.	Rapports bucco-buccaux femme de contre).
XLII	Adénopathie sous-maxillaire bilatérale.	33 ans	homme		A la pointe de la langue.	D'un petit sous.	Papuleuse.	Riche roséole maculeuse.	Rapports bucco-vulvaires (prostitué).
XLIII	»	22 ans	femme		A la pointe de la langue.		Erosive.		
XLIV		19 ans	femme		au bord de la langue.			Roséole intense.	Médiate : brosse à dents.
XLV	Adénopathie sous-maxillaire	8 ans	garçon		Au bord droit de la langue.		Ulcéreuse.		Médiate : instruments de dentisterie (après l'extraction d'une dent).

XLVI	Adénopathie rétro-maxillaire et sous-oi-dienne, cervicale, épithélienne maxillaire, anguinale bilatérales.	28 ans	femme	Un peu de gonorrhée en voute palatine ; 3) lèvre inférieure ; 4) à la main droite (face dorsale).	1) d'une grosse lentille ; 2) 50 centimes ; 3) 1 franc.	1) érosive ; 2) ulcéreuse ; 3) papulo-ulcéreuse.	Roséole 40 jours après, forme : maculo-papuleuse, quelques éléments squameux.	Rapports bucco-génitaux probables (malade est une prostituée).
XLVII		21 ans	femme	A la face dorsale de la langue.				Baiser Colombien.
XLVIII	Adénopathie		homme	2 chancres au tiers antérieur de la face dorsale.	1) d'une pièce d'un franc. 2) de 5 millimètres de diamètre.	Erosive.	Roséole.	Rapports bucco-génitaux.

CHAPITRE VI

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic des chancres à localisation linguale présente avant l'apparition de la roséole des plus grandes difficultés. La syphilis étant sortie de son domaine habituel, le clinicien se trouve placé tout à coup sur le terrain mouvant et peu solide de l'imprévu. Les malades ne savent pas comment, très souvent, la chose est arrivée. Parfois, s'ils savent la vérité, ils la cachent et déroutent encore par leurs réponses évasives la perspicacité du médecin.

En face d'une lésion affectant la langue, on commence ordinairement par supposer tout autre chose qu'un chancre. C'est donc ici l'occasion plus que jamais de rappeler cette vérité fondamentale en syphiligraphie, à savoir que le chancre peut siéger partout, et qu'il faut toujours y penser n'importe l'étrangeté du siège, que si cette vérité pouvait être toujours présente à notre esprit, elle suffirait par elle seule à nous tenir en garde contre nombre d'erreurs, lesquelles d'ailleurs ne sont plus souvent que des surprises. (Fournier).

En effet, la situation anormale de la lésion, et l'aspect particulier qu'elle présente dans la région de la langue, peuvent induire en erreur : soit qu'on pense à une affection de toute

autre nature que la syphilis, soit qu'on la laisse persister sans y faire attention.

Le chancre n'est pas douloureux, il a quelquefois une apparence tellement insignifiante que le malade ne s'en préoccupe pas. Si même les ganglions deviennent gonflés, ils ne font pas mal, raison de plus pour ne pas s'adresser au médecin. Et c'est seulement à l'explosion de manifestations secondaires qu'il se décide à se faire voir par un spécialiste. Or, le diagnostic exact et précoce du chancre lingual est d'une importance énorme : la reconnaissance tardive du chancre peut être grosse de conséquences pour l'entourage du malade ; le malade ignorent du danger sème la contamination et répand par voie immédiate (rapports bucco-buccaux) et médiate le mal parmi son prochain, donc l'intérêt prophylactique du diagnostic. En second lieu, un diagnostic faux serait au grand détriment du malade. Il est donc d'un intérêt clinique et thérapeutique de faire le diagnostic du chancre le plus vite possible.

Si on hésite sur le diagnostic, on doit recourir aux épreuves bactériologiques, et ne pas attendre les accidents pour s'adresser à l'arsenic, au mercure, etc... Nous voyons que la syphilis extragénitale est la moins vénérienne des maladies de ce nom et si l'infection se fait parfois sur la langue, c'est au médecin d'être constamment sur ses gardes afin de ne pas la méconnaître dès le début, lorsqu'elle n'est encore qu'à l'état d'accident primitif, ou ce qui est encore mieux, pendant sa période pré-humorale.

Du point de vue clinique, le chancre syphilitique de la lan-

gue, qui ne se rencontre pas souvent, n'est pas facile à diagnostiquer. Le diagnostic différentiel se fait suivant les formes cliniques du chancre.

Le chancre érosif, à cause de sa bénignité apparente, superficialité et petite étendue, peut prêter à confusion avec plusieurs maladies.

Les maladies à différencier sont : aphtes, herpes, hydroa, érosions leucoplasiques. Deux symptômes fondamentaux doivent être présents à notre esprit : 1° Induration de la base du chancre et 2° adénopathie satellite. En outre, en cas d'herpes, la langue est couverte de très petites et multiples érosions à contours sinueux, microcicliques, pas d'induration, ni d'adénopathie.

L'aphte se reconnaît aussi assez aisément : la lésion étant creusée en cupule, de configuration orbiculaire, dont le fond est de couleur jaunâtre et ayant le liseré rouge.

Pour l'hydroa, coexistence d'hydroa cutané sur la face dorsale des mains, sur les poignets, etc..., nous édifie suffisamment à propos de sa nature.

En cas des érosions leucoplasiques linguales, il faut se rappeler leur aspect de tache blanche laiteuse, que les mêmes taches coexistent sur la face interne des joues, surtout près des commissures labiales et qu'elles se rencontrent de préférence chez les fumeurs invétérés.

Les plaques muqueuses sont très ressemblantes au chancre érosif ; pourtant, ce n'est pas difficile de les différencier du chancre. Elles n'ont pas de base indurée, leur apparition du

point de vue chronologique diffère du chancre qui est l'exorde de la maladie.

Autrement plus compliqué est le diagnostic du chancre de forme ulcéreuse ou hypertrophique, car plusieurs affections de la langue présentent des ressemblances objectives. On élimine facilement l'*ulcère sublingual* qu'on rencontre chez les enfants coquelucheux et les *syphilides ulcéreuses secondaires ou tertiaires*, sans dureté de la base, ni adénopathie, accompagnées quelquefois de roséole, et dont les antécédents commémoratifs indiquent leur nature secondaire ou tertiaire.

Le diagnostic est plus difficile avec l'*ulcère tuberculeux* et le cancer de la langue.

L'*ulcère tuberculeux* de la langue, à l'état de chronicité, est d'un diagnostic relativement facile, à cause même de sa chronicité et de l'absence de phénomènes secondaires après un laps de temps assez long. Reste l'*ulcère tuberculeux aigu* au début de son apparition. D'après Alfred Fournier, trois groupes de signes facilitent le diagnostic : 1° Les signes de présomption ; 2° de probabilité et 3° de certitude ;

I. — Tous les signes de présomption sont très relatifs. Une présomption en faveur de l'*ulcère tuberculeux* est la présence en un point quelconque d'un foyer de tuberculose, mais parfois l'*ulcère lingual* est la première localisation de la tuberculose, et puis rien n'empêche un tuberculeux de contracter un chancre lingual syphilitique.

L'*ulcère tuberculeux* peut siéger sur la face inférieure de la langue, siège rarement adopté par celui de la syphilis ; il peut être multiple, le chancre syphilitique l'est peu souvent. L'*ul-*

cère tuberculeux s'étale en surface jusqu'à des dimensions considérables, contrairement au chancre. Nous pouvons encore nous baser sur la superficialité du chancre qui n'entame jamais le derme, tandis que l'ulcère creuse le tissu, mettant à nu le muscle.

1° Le contour de l'ulcère tuberculeux est irrégulier, atypique ; au contraire, il est régulier, ovalaire ou rond, en tout cas présentant une courbe géométrique pour le chancre ;

2° Les bords de l'ulcère tuberculeux sont coupés en emporte-pièce, ou décollés, déchaussés, pour ainsi dire, pour l'ulcère ; ils ne le sont jamais dans le chancre, même dans la forme ulcéreuse qui ne présente presque pas des bords qui se continuent en pente unie et douce avec le fond de la lésion.

Le fond de l'ulcère est inégal, accidenté, de couleur jaune — d'un jaune d'aphte ou d'un jaune de chancre simple ; le chancre syphilitique a un fond lisse, uni, « vernissé », régulier, de couleur rose « chair musculaire » ou opaline grisâtre.

La dureté de la base de l'ulcère reste souple, mais quelquefois à cause de l'irritation par les dents ébréchées ou à cause d'un certain degré d'infiltration de la base de l'ulcère tuberculeux, celle-ci donne l'impression d'une certaine rénitence.

Au point de vue fonctionnel, le chancre est peu douloureux ou seulement gênant ; en tout cas, le malade le supporte sans se plaindre ; l'ulcère est beaucoup plus éréthique et douloureux et les malades souffrent de gêne constante ; la mastication, la déglutition et la parole provoquent une douleur. Il existe une sensibilité au contact des aliments grenus, épices,

acides et des boissons alcooliques. En même temps, le ptyalisme est un peu plus marqué, etc... Mais tous ces signes peuvent être atténués au point de n'avoir aucune importance décisive, ou même manquer et alors il nous reste le troisième groupes de signes :

III. — *Signes de certitude.* — Ils sont fournis par les nodules de Féréol et les points de Trélat :

a) Les nodules de Féréol sont des petites tumeurs tubéreuses situées autour de l'ulcère. A la palpation, ils nous donnent la sensation de nodules spéroïdeaux, solides et durs. Ils sont cachés dans le derme d'où ils ressortent partiellement, formant des « saillies mamillaires ». Ils ont l'air des tubercules d'un lupus vulgaire. Les nodules en question ne sont pas plus grands qu'une tête d'épingle ou qu'un grain de millet. Leur coloration est variable, rose, rougeâtre ou violacée et leur nombre est aussi variable : d'un à deux jusqu'à sept, huit.

b) Les points de Trélat sont plus petits — d'un demi-millimètre jusqu'à un millimètre et presque punctiformes. Ce sont plutôt des taches sans relief, d'une belle couleur jaune tranchant fortement sur la muqueuse rose voisine de la lésion.

La présence de tous les deux équivaut à la signature de la maladie, mais les points de Trélat ne se rencontrent qu'une fois sur sept et les nodules de Féréol encore plus rarement.

Il nous reste encore des procédés de laboratoire. L'examen microscopique sur lame du produit de râclage de l'ulcère ne donne pas de résultat constant. D'après Sabourand, il y a des ulcères tuberculeux dont le produit de râclage ne présente pas de bacilles à l'examen microscopique. Donc, si l'examen de

laboratoire est positif ipso facto, le diagnostic est fait ; s'il est négatif, ce n'est pas une preuve du contraire. L'évolution ultérieure, par l'apparition de phénomènes secondaires nous renseignera sur la nature de la maladie, mais il ne faut pas tarder, car le temps est précieux. Si c'est la syphilis, l'examen à l'ultra-microscope de la rosée de la lésion s'impose. Si le résultat est négatif, on fait le même examen, mais cette fois-ci après avoir pratiqué la ponction ganglionnaire. Si les deux résultats sont négatifs, la biopsie et le Wassermann sont indispensables en cas du moindre doute sur la spécificité de la lésion. En cas où la réaction de Bordet-Wassermann faite six semaines après le début de la maladie est négative, cela est contraire à l'existence de la syphilis.

Enfin, on pourrait faire une inoculation au cobaye ; mais ici les résultats se font attendre jusqu'à six semaines, en cas de tuberculose, quand l'évolution même de la maladie nous donne des renseignements utiles. Donc, la dernière épreuve n'a pas d'utilité pratique.

Quant au chancre hypertrophique et à induration diffuse et forte, les erreurs sont possibles avec les *tumeurs malignes*, avec les *glossites scléreuses tertiaires* et les *glossites dentaires*. Le diagnostic différentiel n'est pas toujours aisé.

Comme signe de présomption, on a l'âge. L'épithélioma est rare chez les jeunes, vice-versa le chancre syphilitique de la langue n'est pas fréquent chez les gens âgés.

Les signes de probabilité sont les suivants : tandis que la surface du chancre est lisse, unie, égale, « vernissée », sans bords pour ainsi dire, etc..., en cas de tumeur maligne le fond

est irrégulier, inégal, vermoulu, déchiqueté, ou dans une autre forme : végétant, bourgeonnant, à bords indurés, renversés dehors — éversés, surplombants, on note parfois le signe d'ourlet — une bande d'infiltration sèche séparant la lésion de la muqueuse saine. Ensuite, si on comprime le chancre, il ne saigne pas ou très difficilement, tandis que l'épithélioma saigne.

Le chancre donne lieu à de l'adénopathie d'emblée, alors que l'épithélioma demande quelques mois pour son évolution et celle de son adénopathie (sauf les formes très malignes).

Même si l'adénopathie existe d'emblée, une question surgit : appartient-elle au malade lui-même ou bien à la maladie ?

Reste le signe des « vermiotes ». Si on comprime l'épithélioma, on exprime quelquefois de la substance d'un blanc sale — « vermiotes » — comme le contenu des glandes sébacées acnéiques. Ces « vermiotes » sont des filaments ou grumeaux qui contiennent des cellules cornées et des globes épidermiques.

L'évolution des deux maladies est différente. Dans le cas de chancre, l'évolution est hâtive, arrivant à son apogée dans deux-trois semaines en tant que lésion propre et en tant qu'adénopathie. L'explosion secondaire vient compléter le tableau. Au contraire, l'évolution de l'épithélioma est lente, torpide et demande un laps de plusieurs mois pour que l'affection soit constituée à l'état de lésion importante et retentisse sur les ganglions. En pratique, l'examen de laboratoire nous tirera d'embarras, de même que pour l'ulcère tuberculeux,

l'examen ultramicroscopique, la biopsie, la réaction de Bordet Wassermann s'imposeront en cas de doute.

Néanmoins, la confusion à ce sujet n'est pas rare. On a pris souvent le chancre lingual pour un cancroïde et on l'a traité en conséquence par l'ablation. Les erreurs possibles de diagnostic ont entraîné certains chirurgiens à des opérations dangereuses et inutiles qui ont eu quelquefois une issue fatale. Cela ne serait pas arrivé assurément si la connaissance de cette forme de syphilis était répandue. En cas d'opération « réussie » d'épithélioma, l'apparition des accidents secondaires révèle au chirurgien l'erreur, qui eût pu être évitée par une étude attentive de l'affection : absence de douleurs lancinantes, bon état général, âge du sujet, présence d'adénite précoce, et surtout, influence d'un traitement spécifique. On a pris inversement des cancroïdes pour des chancres, mais l'inefficacité du traitement spécifique ne tarde pas à éclairer le chirurgien.

Le diagnostic différentiel entre le chancre lingual et la *glossite scléreuse tertiaire* est beaucoup plus facile. D'abord, le signe principal du chancre, c'est l'adénopathie précoce avec des ganglions durs, multiples le plus souvent, roulants sous le doigt, indolents, aphasiques. Cette adénopathie manque en cas de glossite. Le chancre est une lésion érosive, soit ulcéreuse ou hypertrophique, peu étendue, etc..., mais il ne donne pas à la langue l'aspect mammelonné ou lobulé, avec des sillons que lui donne la glossite qui s'étend sur les deux tiers de l'organe. La langue, en plus des caractères sus-cités, apparaît comme « ficelée ». Or, le chancre, c'est le début de

la maladie, tandis que le sujet porteur de glossite a un passé spécifique et ce n'est pas difficile par les commémoratifs d'en établir l'ancienneté.

Enfin, chez certaines personnes porteuses de dents cariées, ébréchées, irrégulières, à arrête coupante, il peut arriver à cause de cette dentition défectueuse qui exerce une irritation constante sur le bord de la langue, que celle-ci donne lieu à une affection similaire au chancre. Mais dans ce cas « *sublata causa tollitur effectus* ». La lésion est nettement circonscrite et présente une induration nodulaire, elle est de petite étendue, ayant une surface rouge ou grisâtre. Par suite d'infection secondaire, cette lésion peut retentir sur les ganglions. Quoique la ressemblance soit grande, le diagnostic n'est pas difficile. Un chancre peut venir se greffer sur une ulcération dentaire et alors il eut compliqué de beaucoup le diagnostic. Nous pouvons dire que la reconnaissance précoce du chancre syphilitique de la langue est d'une importance indiscutable.

Sa connaissance est d'un intérêt capital pour le spécialiste, pour le dentiste, pour le chirurgien qui peuvent tous se trouver en face de lésions douteuses et suspectes, sources d'erreurs de diagnostic graves autant pour le malade que pour la famille et la collectivité.

En signalant les différents modes de contagion, suivant lesquels peut se répandre la syphilis linguale, nous avons cherché à attirer l'attention des médecins praticiens et du public sur l'importance qu'il y a à rechercher plus attentivement certaines formes, car d'une alarme précoce peut résulter l'interruption d'une suite de contagions, c'est-à-dire de maux indi-

viduels et collectifs. Il faut que le médecin praticien sache que l'accident primaire syphilitique de la langue peut revêtir les allures d'une lésion superficielle avec peu ou point d'induration et sans aucun des caractères objectifs classiques.

Du point de vue bactériologique, le diagnostic du chancre lingual exige parfois beaucoup de réserve à cause des infections secondaires surajoutées. Si le chancre n'a pas encore plus de 10 à 15 jours de la date de son apparition, les réactions sérologiques Wassermann, Hecht et les autres importent peu. Le mal étant à son état préhumoral, la réaction négative ne prouve rien. On a le choix entre l'examen de la rosée du chancre à l'ultramicroscope et l'examen sur frottis coloré. Si le résultat est négatif, on fera une ponction ganglionnaire. Enfin, si le suc ganglionnaire est exempt des tréponèmes, une biopsie s'impose.

Après le 15^e jour, les réactions sérologiques acquièrent leur importance.

Le diagnostic bactériologique se fait avec spirille de Vincent, spirochète dentium et nombreux autres spirilles qui masquent quelquefois le tréponème.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC ET EVOLUTION

La question du pronostic et de l'évolution ultérieure de la syphilis du chancre lingual est intimement liée avec celle du pronostic des chancres extragénitaux en général et encore plus étroitement avec celle des chancres céphaliques. Une littérature aussi nombreuse que contradictoire existe à ce sujet.

Le pronostic du chancre lingual lui-même en tant que lésion locale ne présente pas un grand intérêt. Il dure habituellement de cinq semaines à trois mois et n'est pas suivi de cicatrice, mais il a la tendance à se transformer in situ en plaques muqueuses. Fournier dit à ce propos : « Le chancre lingual a la même évolution que le chancre génital ; même non traité, il tend à se réparer rapidement ». Autrement intéressante est l'évolution ultérieure de la syphilis à chancre lingual. La question qu'on pourrait se poser est la suivante : Est-il possible, étant donné un chancre lingual, de dire si les accidents consécutifs seront bénins ou graves ? Ici, les opinions des auteurs diffèrent ; les uns ne trouvent aucune différence entre l'évolution du chancre lingual et celle du chancre génital ; les autres plaident en faveur de l'aggravation du pronostic.

Ainsi Fournier comme Dujardin avance que le chancre de la langue a en moyenne le même pronostic que les chancres génitaux. Van Broich se rallie également à cette opinion, il dit que le pronostic ne dépend que du terrain (scrophulose, mauvais état général). Blaschko dit qu'il n'a jamais vu une évolution grave de la syphilis extragénitale. De nombreux auteurs de divers pays sont du même avis. Nous citons : Bertarelli, Haslund, Neumann, Scherber.

Pendant, très souvent les manifestations secondaires du chancre lingual sont beaucoup plus riches que dans le cas de chancres génitaux. Les efflorescences sont plus confluentes, moins disséminées, quelquefois d'emblée maculeuses ou maculo-papuleuses. Et il n'est pas rare de voir même des éléments papulo-squameux. La roséole tend à s'étendre dans la moitié sus-diaphragmatique du corps. On la voit de préférence sur la partie antérieure du thorax, mais elle peut monter sur le cou et même sur la face — (la roséole remontée, roséole « céphalo-pectorale »).

L'incubation secondaire est souvent écourtée. La roséole apparaît 25 jours en moyenne après le début du chancre. Du reste, encore en 1903, Gaucher et Milian, dans leur communication à la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie, parlent de l'échéance précoce de la période secondaire après les chancres buccaux.

Au lieu de six semaines après le début du chancre, la roséole apparaît seulement 15 à 28 jours après la date de son apparition initiale. L'incubation se trouve donc considérablement raccourcie. « Il semble, par conséquent, que l'invasion

générale de l'organisme se passe plus rapidement par cette porte d'entrée que par les autres ».

Rille constate aussi l'éclosion précoce des manifestations secondaires, surtout après les chancres buccaux, mais d'après lui, la syphilis n'est pas plus intense dans ces cas que dans les cas des chancres génitaux. Et Louisi conclut ainsi dans sa thèse (1904-1905) : « La brièveté de la seconde incubation dans les chancres de la muqueuse buccale est un fait réel ».

Nous ajoutons que très souvent les plaques muqueuses prédominent autour de la lésion initiale.

Comment expliquer cette précocité de l'éruption secondaire ? Pourquoi se fait-elle brûlant les étapes et surtout chez les malades à chancre buccal ? Plusieurs hypothèses ont été données. Dugtheren et Van Walsem croient que la localisation extragénitale du virus donne des formes plus graves, parce que le virus ne rencontre pas la résistance qu'il rencontre aux parties génitales. Petrini, dans un autre ordre d'idées, apporte comme preuve la richesse de l'organisme, surtout à la partie supérieure du tronc, en vaisseaux lymphatiques, qui absorbent, grâce à leur abondance, plus vite le virus syphilitique d'un chancre extragénital. Rille est du même avis et il accuse aussi le système lymphatique mieux développé et plus riche dans la partie supérieure du tronc que dans la partie inférieure. Gaucher et Milian, pour justifier la rapidité de certaines formes, invoquent la richesse sanguine de la muqueuse buccale, alors que Louisi dans sa thèse (1904) explique le fait par un mécanisme totalement opposé à celui de Petrini et Rille. D'après lui, c'est à cause d'une défense ganglionnaire anato-

miquement insuffisante que l'échéance de la période secondaire des chancres du cou est écourtée. Comme nous voyons, plusieurs hypothèses ont été faites : la qualité du tissu, la richesse sanguine, la richesse du système lymphatique, l'insuffisance de la défense ganglionnaire. Nous nous bornons à les citer sans vouloir donner la préférence à l'une d'elles.

Mais au point de vue des accidents tertiaires, les seuls qui soient réellement graves, y a-t-il une différence notable avec les syphilis d'origine génitale ?

Sans doute à la suite des chancres linguaux, on voit quelquefois des syphilis revêtant la forme des syphilis étudiées par Bazin et Baudoin, dites « syphilis graves précoces » : le malade est anémique, prostré, il a de la température, des épistaxis ne sont pas rares, un amaigrissement continu, etc. Dépendent-elles du siège de l'accident ou de l'état antérieur du malade ? Baudoin et Pipet se prononcent pour le second. D'après A. Fournier, le chancre lingual ne donne pas des cas à tertiarisme précoce plus souvent que tous les autres chancres.

Nous croyons que la gravité de certaines syphilis à chancre lingual est due avant tout à la non-précocité du diagnostic et à l'irrégularité du traitement. D'après Cl. Simon, qui note depuis longtemps l'accident primitif des tabétiques et des paralytiques généraux qu'il a eu l'occasion d'examiner, seuls les chancres céphaliques, par conséquent, linguaux également, doivent être considérés comme susceptibles de complications nerveuses plus bruyantes, plus rapides et plus fréquentes que celles produites par des autres chancres, quel qu'en soit leur siège... Scherber affirme que, chez la femme, l'évolution du

chancre lingual comme l'évolution de ceux à origine génitale est un peu plus légère et Manne, dans sa thèse, traitant les chancres de la bouche, chez les enfants, trouve, en ce qui les concerne, que pour eux, le pronostic et l'évolution sont bénins.

Nous nous permettons de faire quelques déductions personnelles quant à l'influence du chancre lingual sur l'évolution de la période secondaire. Sur 48 cas réunis par nous, la roséole n'est notée que 27 fois. Dans ce chiffre, 3 cas appartiennent aux femmes, un cas à l'enfant. Sur 27 cas, 11 ont présenté d'emblée la forme maculo-papuleuse intense, dans quelques cas confluyente, et parmi ces cas violents, la femme ne figure qu'une fois. Serait-ce confirmation de l'opinion de Scherber que chez les femmes la syphilis extra-génitale a une évolution moins grave que chez l'homme. La date de l'apparition de la roséole n'est indiquée que dans 15 cas qui se décomposent ainsi : 8 cas roséole précoce apparaissant de trois semaines à quatre semaines après le début du chancre ; 7 cas-roséole apparaissant de trente jours à six semaines. Il faut remarquer qu'il ne figure pas de femmes parmi les chancres à roséole précoce. Comme siège, la roséole a tendance à envahir tout le corps, mais c'est seulement dans cinq cas qu'elle prédomine nettement dans la partie sus-diaphragmatique du corps, surtout sur le thorax, à sa partie antérieure, les bras, le cou et rarement à la face (un cas). Cette roséole à type céphalo-pectoral s'appelle encore « roséole remontée ». Nous sommes d'accord avec M. Jeanselme que le siège du chancre dirige dans une certaine mesure la topographie des efflorescences.

De tout ce que nous avons exposé jusqu'ici, nous pouvons tirer les conclusions suivantes en ce qui concerne le chancre lingual :

a) La période secondaire, sous l'influence du chancre lingual est très souvent d'emblée tumultueuse, intense, confluyente, riche en efflorescences, donnant l'impression de malignité, parce que passant directement aux formes maculo-papuleuses et même papulo-squameuses (11 cas sur 27, ce qui fait 41 %).

b) Il n'y a aucun doute que le chancre lingual a une influence sur l'apparition précoce des phénomènes secondaires. C'est avec une certaine violence qu'il imprègne l'organisme, puisque sur 15 cas à date fixée, la roséole apparaissait en moins de quatre semaines dans huit cas, ce qui fait 53,3 %. Donc, plus de moitié des chancres linguaux dans notre thèse avaient l'éruption secondaire précoce.

c) Le chancre lingual agit souvent sur la topographie des efflorescences secondaires et sur ce point nous partageons l'opinion de M. Jeanselme, puisque sur 27 cas, nous en avons eu 5, à « roséole remontée », ce qui fait 18,5 %.

d) Il paraît que les femmes supportent mieux le chancre lingual que les hommes. Nous n'avons pas remarqué parmi elles des formes « remontées », ni des formes riches maculo-papuleuses.

e) Quant à l'influence du chancre lingual sur le tertiarisme, nous ne pouvons pas disconvenir que l'état antérieur du malade, la régularité du traitement, le terrain surtout, ont un rôle indéniable, mais non exclusif dans le pronostic du chancre lingual. Nous devons avouer que nous sommes enclins à

partager l'opinion de MM. Jeanselme, Leredde, Bénario et Cl. Simon en ce qui concerne l'influence du chancre céphalique, voire du chancre lingual sur la fréquence des formes nerveuses de la syphilis. Il paraît, en effet, qu'une certaine relation existe entre le siège du chancre et les méningo-récidives.

CHHAPITRE VIII

PROPHYLAXIE

« En hygiène publique les intérêts de tous priment les intérêts de chacun et c'est justice ».

MARTINEAU.

La facilité avec laquelle un porteur de chancre lingual peut infecter son entourage, quelquefois innocemment, par ignorance et très souvent par négligence, nous fait penser à la possibilité et à la nécessité d'une prophylaxie contre la syphilis extragénitale en général. L'infecté génital a un certain point de vue, est moins dangereux que l'infecté extragénital. Et cela s'explique, tandis que le premier, le plus souvent alarmé, ne tarde pas à consulter le médecin, le second ne pense même pas à la malignité de son mal. D'abord, parce que par un préjugé très répandu dans le public, la syphilis est maladie méritée, pour l'avoir, il faut s'y exposer, on la croit à tort, exclusivement vénérienne. Ensuite parce que le « petit bouton » de la langue le plus souvent si peu gênant, d'une apparence bénigne et innocente n'est pas douloureux. L'apparition même d'adénopathie très souvent n'inquiète pas non plus le malade ; elle est aussi indolore, raison de plus pour ne pas

consulter le médecin. Et c'est seulement à l'éruption de la roséole qu'il se décide à recourir à l'aide médical. Le temps précieux pour l'institution du traitement est perdu irrémédiablement. En plus se figure-t-on l'immense danger que représentent ces malades, ignorants et semeurs de syphilis pour la société. Ils sont d'autant plus dangereux, qu'on ne se doute pas de la possibilité de cette localisation buccale inusitée. Or, la syphilis est la moins vénérienne de ce nom (Mauriac) et nombreuses sont les victimes qui l'ont contractée par ce mode accidentel et immérité.

Le chancre lingual est particulièrement à craindre de ce point de vue. Les transmissions médiate et immédiate s'effectuent de mille manières possibles et imaginables. Alors qu'on prend des mesures de prophylaxie contre la fièvre typhoïde, la grippe et les autres maladies infectieuses, on ne fait rien ou presque rien contre la propagation de la syphilis extragénitale.

Il faut se rappeler qu'elle n'attaque pas exclusivement les libertins ; en Russie et en Yougoslavie, dans certaines contrées, 80 % des syphilis ont été contractées par voie extragénitale. Nous croyons que cette forte proportion est autant due à l'ignorance du public, qu'à la négligence et l'insouciance du médecin traitant. Quelles sont les mesures à prendre ?

1° D'abord, il faut détruire pour le public l'idée de syphilis-maladie exclusivement vénérienne. La syphilis extra-sexuelle doit être considérée surtout comme une maladie infectieuse générale et non vénérienne. Il faut bien insister sur le fait que si la maladie dans un grand nombre de cas se transmet à

l'occasion des rapports sexuels, elle trouve encore mille moyens de pénétrer les téguments cutanés et muqueux de l'organisme humain. L'ignorance avec laquelle tout individu peut contracter cette affection par suite de la négligence et l'insouciance d'un autre met le premier dans des conditions d'infériorité et devrait lui permettre de demander des lois nécessaires pour protéger sa vie et le conserver sain et sauf. C'est vraiment injuste, si à cause d'une négligence d'un malade on est contaminé.

Nous estimons que les sanctions juridiques dans des cas pareils seraient tout à fait indiquées.

2° En présence d'un malade à chancre syphilitique extragénital, voire lingual, le médecin traitant doit éclairer avec soin ce malade sur le danger qu'il représente pour sa famille et pour son entourage. Tout ce qui est susceptible d'être porté à la bouche : objets de table, objets de toilette (brosse à dents, mouchoirs, etc.), doivent être isolés. Le malade doit se garder de tout rapport bucco-buccal ou génital, etc.... Fournier à ce propos disait : « Il est d'intérêt général que les syphilitiques soient instruits des dangers que leur état de syphilis peut faire courir à autrui ».

3° *Prophylaxie sociale.* — La vulgarisation dans le public : a) Par des conférences sur la notion de syphilis maladie « non vénérienne », et des mesures de prophylaxie à prendre contre l'infection extragénitale (propreté surtout), et b) par l'affichage dans tous les hôpitaux et lieux public de placards traitant des dangers de cette même contagion.

4° Et enfin la législation devrait considérer la contagion

par voie extragénitale contractée grâce à la négligence d'un syphilitique insouciant, comme donnant droit à dommages-intérêts. Il faut mener une lutte acharnée contre l'ignorance du public à ce sujet. C'est à regretter, mais dans les dernières années on a l'impression que le corps médical est las de lutter et le public est, pour ainsi dire, trop habitué à entendre parler sans cesse de syphilis, pour faire attention aux appels incessants du danger à éviter. Dans la lutte soutenue et énergique contre la syphilis, la victoire sera certainement du côté du public. Il faut vouloir se défendre. Barthélémy disait en 1889 : « Si la syphilis est l'ennemie héréditaire de la race humaine, la civilisation est l'ennemie de la syphilis ; dans cette lutte, le triomphe de la science n'est pas douteux, mais en attendant il faut vouloir, il faut pouvoir se défendre ».

Si l'exposé des cas cliniques que nous avons recueillis n'offre pas au point de vue général, à part quelques observations, des caractères bien spéciaux, il démontre néanmoins combien il reste encore à faire pour réaliser une prophylaxie sociale antisiphilitique efficace et quels dommages graves la syphilis peut causer à la société en la considérant seulement comme maladie vénérienne.

Dans l'avenir, grâce à une hygiène meilleure, à la possibilité d'un diagnostic plus précoce et à l'efficacité du traitement antisiphilitique, on peut espérer un fort recul des chancres extragénitaux de même du reste que de la syphilis en général.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Le traitement du chancre syphilitique lingual ne saurait être différent du traitement des chancres syphilitiques génitaux, nonobstant cela, il présente quelques particularités. D'abord, parce qu'il a besoin du traitement local pour prévenir des infections secondaires ; ensuite, son traitement général devrait se faire avec plus d'intensité que d'habitude pour deux motifs : parce que les accidents secondaires sont plus marqués et parce que les malades qui n'ont pas un traitement énergique et constant sont susceptibles de devenir auteurs inconscients de contaminations multiples, en créant de petites endémies, d'où danger social. Du point de vue du traitement local, les soins d'antisepsie sont à faire pour prévenir les infections secondaires. On ordonnera la suppression de toute cause d'irritation locale par l'alcool, le tabac, les épices et on conseillera l'emploi de bains locaux : lavages et gargarismes fréquemment renouvelés avec de l'eau boricuée ou oxygénée à 12 volumes et diluée au 1/6. Fournier conseille dans ce cas une eau émolliente de guimauve ou de camomille. On fera des attouchements à la lésion soit avec du bleu de méthylène au 1/100, soit avec le nitrate d'argent au 1/5 ou au 1/10

et il est préférable d'employer la solution et non le crayon ; d'une part, ce dernier peut tomber dans la gorge et être avalé ; d'autre part, ce crayon peut être agent de transmission syphilitique. On peut les faire aussi avec des solutions de résorcine ou d'acide salicylique, avec la teinture d'iode, enfin avec l'acide phénique en solution dans l'alcool à 90 %. Fournier conseille de faire plusieurs fois par jour des attouchements au collutoire boraté suivant :

Miel rosat	} à 15 gr.
Glycérine	
Borax, 1 gr.	

Comme traitement local, nous devons citer l'ablation du chancre. Or, pour qu'elle soit logique, il faut que le malade vienne dans les premiers cinq jours de l'apparition du chancre, ce qui n'arrive qu'exceptionnellement, soit parce que le malade ne l'aperçoit pas, soit parce qu'il ne se doute pas de l'origine vénérienne du chancre. Enfin, la lésion étant indolore ou presque, cela ne l'inquiète guère. L'ablation se fait après antiseptie préalable (teinture d'iode) et cocaïnisation soit au thermocautère, soit à l'air chaud.

Dès que le diagnostic est posé, sans tarder il faut instituer un traitement aussi énergique que possible, car il y a une différence capitale entre le traitement qui commence dans les 10 à 15 premiers jours de la date de l'apparition du chancre-période préhumorale, et celui qui commence après le 15^e jour. Dans cette période des premiers 10 à 15 jours, la maladie est encore à l'état d'infection locale et on peut espérer juguler le mal encore localisé. Le traitement doit donc commencer le

jour même sans attendre le lendemain. Chaque heure est précieuse, car il faut « faire la course avec le tréponème », d'après l'expression si juste de M. le Professeur Gougerot. D'après Meyer, le traitement abortif institué à l'état préhumoral de la maladie permet d'espérer 100 % de guérison, et le traitement institué aussitôt la période préhumorale terminée, c'est-à-dire après le 15^e jour de la date d'apparition du chancre, même avec réaction de Wassermann positive, permet d'espérer 60 % de guérison. On voit donc l'importance énorme du diagnostic précoce. Chaque heure d'avance pour le diagnostic établi et pour le traitement plus tôt institué, par conséquent, est d'un intérêt vital pour le malade. Et c'est pour cela que la connaissance du chancre de la langue devrait être répandue parmi tous les médecins. Il est si peu connu par eux, hélas !

Si donc le malade se présente dans la période d'état préhumoral, on instituera un traitement énergique, soutenu et constant — traitement abortif précoce. On peut employer simultanément le mercure et l'arsénobenzol, appartenant à l'ancien arsenal thérapeutique, et les sels de Bismuth qui sont venus se joindre à eux assez récemment. L'attaque du tréponème sera confiée aux arsénobenzols qui sont capables de le faire disparaître du chancre dès la deuxième injection entre le 2^e et le 6^e jour de l'exulcération. Le bismuth, comme le mercure d'ailleurs, donne des résultats moins rapides, les lésions se cicatrisant en général vers le 15^e jour et le spirochète disparaissant entre la 2^e et la 3^e injection. « On ne fera le bismuth que chez les individus résistants, sans tare et parfaitement tolérants » (Professeur Gougerot). C'est au 914, par

conséquent, malgré les dangers qu'il peut présenter, qu'il faut avoir recours comme traitement d'attaque ; on l'aidera par les injections intercurrentes de mercure ou de bismuth de manière plus facile. La technique du traitement abortif d'urgence est la suivante : on fera au malade des injections intra-veineuses de doses moyennes d'emblée : 0 gr. 30 à 0 gr. 40 de 606 ou 0 gr. 45 à 0 gr. 60 de 914 ou de Sulfarsénol. Les doses seront rapidement croissantes pour atteindre celles maxima tolérées : 0 gr. 90 de 914 ou de Sulfarsénol (0 gr. 015 à 0 gr. 02 par kg. de poids), de façon à arriver à la fin de la série à la quantité totale de 5 à 8 grammes de 914 (0 gr. 10 par kg. de poids). Les injections seront espacées de façon que chaque jour corresponde à l'augmentation de la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 15. Par exemple, la première piqûre de 606 étant de 0 gr. 30 et celle de 914 de 0 gr. 45 ; la deuxième, faite deux-trois jours plus tard, sera augmentée de 0 gr. 10 pour le 606 et de 0 gr. 15 pour le 914 pour chaque jour écoulé, ce qui fait pour la deuxième piqûre 0 gr. 50 de 606 et 0 gr. 75 de 914. La troisième injection se fera quatre jours après la deuxième et à partir de la troisième piqûre, les doses ne varieront plus et les injections seront faites une fois par semaine. Si la tolérance le permet, on intercale entre chaque injection arsenicale une injection intramusculaire de Bismuth. (Trépoquinol, par exemple, 3 cm. c. par piqûre). On se gardera bien de poursuivre ces injections fortes, si elles ne sont pas tolérées et on ne passera à la dose suivante que si la précédente est supportée. Dans le cas contraire, on répètera la même dose. S'il y a non-tolérance, on pourra

remplacer le Bismuth par les différentes formes de mercure : on fera soit des injections de 0 gr. 01 d'oxycyanure, soit des injections fessières quotidiennes de 0 gr. 02 de benzoate de mercure, ou de 0 gr. 04 tous les deux jours, ou de 0 gr. 05 à 0 gr. 07 deux fois par semaine. Si les malades n'ont pas la possibilité de venir souvent, on pourrait faire une piqûre par semaine de 0 gr. 08 de salicylate de mercure, ou de calomel, ou d'Arquéritol. De cette façon, le malade recevra toutes les semaines une piqûre arsénicale et une piqûre adjuvante mercurielle ou l'autre, trois jours après l'arsénicale. Après cette première cure, on fait reposer le malade pendant 21 jours seulement et on recommande une deuxième cure arsénicale combinée ou non au mercure et on continue le traitement pendant une année — traitement d'assaut (d'après M. le Professeur Gougerot). En cas d'arséno-résistance, ou si l'arsenic est mal supporté, on recourra au bismuth. Si le malade se présente à la période d'état (la période préhumorale étant passée), ce qui arrive le plus souvent, le traitement se fait avec des doses moins fortes suivant la technique connue. Nous ne ferons que citer les médicaments administrés par la voie buccale, tel le tréparsol.

Toutefois, même les cas énergiquement traités dès le début de l'accident primitif ne sont pas très souvent guéris. La syphilis entre dans une phase latente et semble étouffée, éteinte, les accidents secondaires manquent, tout fait l'impression d'une guérison obtenue. Hélas, ce n'est souvent qu'une apparence, surtout si le traitement n'était pas régulier. M. le professeur Gougerot dit qu'il « faut se défier des syphilis avor-

tées, parce que les accidents se manifestent plus tard ». L'infection syphilitique est permanente et il faut « la traiter d'une façon permanente, tant qu'elle persiste ». Le traitement doit être toujours énergique, régulier et constant autant que possible. Pour maintenir cette apparence de guérison et pour préserver le malade des accidents ultérieurs, causés dans la grande majorité des cas par la confiance non fondée du médecin dans les résultats obtenus, il faut lui faire des traitements périodiques en le surveillant cliniquement et sérologiquement. « Le traitement de sûreté doit être poursuivi, même en l'absence de tout accident, même si la séro-réaction est négative ». (Gougerot, Le traitement de la syph. 1927).

CONCLUSIONS

1° La première mention faite de chancre lingual appartient à Astruc (1736).

2° Presque toujours, le chancre syphilitique lingual a pour cause une inoculation par les accidents secondaires (plaques muqueuses).

3° Pour que l'inoculation ait lieu, deux conditions sont nécessaires :

- a) Une solution de continuité, même minime, dans l'épithélium lingual ;
- b) Que le virus y soit déposé à l'état frais et non desséché.

4° Les modes de propagation sont : immédiate et médiate (par les divers objets souillés de virus) :

Le second est plus fréquent (50 % de nos observations).

Parmi les modes de propagation immédiate, nous distinguons les modes : *bucco-buccal*,

bucco-génital,

bucco-anal,

bucco-mammaire.

5° Le chancre de la langue vient immédiatement au troisième rang après le chancre des lèvres et celui des amygdales.

6° Il est de plus trois fois à trois fois et demie plus fréquent chez l'homme que chez la femme, alors que les autres chancres extragénitaux sont de beaucoup plus fréquents chez la femme que chez l'homme.

7° La fréquence relative du chancre syphilitique lingual vis-à-vis des autres infections extragénitales est comme 5 à 100.

8° D'habitude, le chancre lingual est unique, mais les chancres doubles ne sont pas exceptionnels.

9° L'âge le plus atteint est de 20 à 30 ans.

10° Le chancre siège le plus souvent à la pointe de la langue et aux parties avoisinantes, puis par ordre de fréquence viennent : le tiers antérieur de la face dorsale, la base, le milieu et enfin les bords de la langue. La face inférieure est plus rarement atteinte.

11° Il se présente sous les formes suivantes :

a) Formes à caractère ulcératif :

- 1° Erosive,
- 2° Ulcéreuse,
- 3° Fissuraire.

b) Formes à caractère hypertrophique, néoplasique :

- 1° Hypertrophique (en plateau) ;
- 2° Papuleuse.
- 3° Scléreuse.

c) Formes à caractère mixte :

- 1° Papulo-érosive.
- 2° Ulcéro-hypertrophique.

enfin, la forme rare :

d) Phagédénique.

12° Le chancre lingual est peu sensible et n'occasionne qu'une gêne très légère. Exceptionnellement, il peut être douloureux. Les ganglions sont également quelquefois douloureux.

13° Le diagnostic différentiel du chancre lingual se fait pour la forme érosive avec l'herpes, l'aphte, l'hydroa, les érosions leucoplasiques, les plaques muqueuses et pour les autres formes avec l'ulcère de coquelucheux, les syphilides ulcéreuses secondaires et tertiaires, l'ulcère tuberculeux aigu, le cancer, la glossite scléreuse tertiaire, la glossite dentaire.

14° Du point de vue du pronostic :

- a) L'échéance de la période secondaire est pour une certaine part avancée sur les délais normaux. 25 jours en moyenne après le début du chancre lingual.
- b) Très souvent, cette éruption secondaire est intense, riche en éléments maculeux, maculo-papuleux et quelquefois même les éléments papulo-squameux apparaissent peu de temps après le début de l'éruption.
- c) Il paraît que le siège lingual du chancre dirige la topographie des efflorescences secondaires ; on a souvent des « roséoles remontées » à siège sus-diaphragmatique, occupant de préférence le thorax, les bras, le cou et même parfois la face (type céphalo-pectoral de la roséole).

- d) Il paraît également que le chancre lingual influence dans une certaine mesure la fréquence de formes nerveuses de la syphilis et le tertiarisme en général.
- e) L'évolution de la syphilis à chancre lingual est plus bénigne en général chez la femme que chez l'homme.
- f) Le pronostic du chancre lingual chez l'enfant est bénin.

15° Le chancre lingual à cause de sa localisation buccale est particulièrement contagieux. Il est nécessaire d'ordonner au malade, aussitôt le diagnostic fait, une prophylaxie individuelle rigoureuse.

La prophylaxie sociale contre les chancres extragénitaux est à désirer : vulgarisation par les conférences et l'affichage des imprimés en tout lieu public « Syphilis extragénitale accidentelle » maladie non vénérienne.

16° Le traitement général du chancre syphilitique de la langue est le même que pour la syphilis en général. Le traitement local est nécessaire pour préserver les infections secondaires possibles.

Vu :
Le Doyen,

ROGER.

Vu :
Le Président de thèse,

GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ L. — Thèse de Paris 1896.
 Annales de Maladies Vénériennes 1909 p. 189, Nicolas, Moutot.
 Annales de Maladies Vénériennes 1914 p. 21, n° 1.
 Annales de Maladies Vénériennes 1917 p. 582, Lévy Bing et Gerbay.
 Annales de Maladies Vénériennes 1924, Alberto Serra.
 Annales de la Polyclinique centrale de Bruxelles 1908, nov., p. 330.
 Arch. für Dermatologie und Syph. 1920 p. 353, Fischer.
 Arch. für Dermatologie und Syph. 1897, Bloch.
 ASTRUC. — Traité des maladies vénériennes 1740.
 BARDET. — Thèse de Paris, 1918-1919.
 BAUDOIN. — Bul. de la Soc. fr. de Dermatologie et Syph. 9 novembre 1899.
 BRAULT. — Chancre dur de la face inférieure de la langue (Bulletin de la Soc. fr. de Dermatol. et Syph., mars 1912, p. 134).
 BOLTANSKI. — Chancre syphilitique de la face inférieure de la langue. (Rev. de Stomat. Janvier 1927).
 BORD. — Annales de Dermat. et Syph. 1906 p. 660.
 BORRIE. — Journal of cutaneous... diseases 1914, p. 531.
 BULKLEY. — Syphilis in the innocent.
 BURNIER. — Chancre syphilitique de la langue. (Bul. de la Soc. fr. de Dermat. et Syph. 1923 p. 360).
 BUZENET. — Thèse de Paris 1858.
 CARRIVENC. — Thèse de Paris 1904-1905.
 CAVAZZANI. — Contributo allo studio del sifiloma extragenitale. (Riforma Medica 1891 II p. 191).
 CIGNOZZI O. — Arch. of Dermatology and Syphilology 1922 p. 257.
 CLERC. — Traité des maladies vénériennes.
 CUBER. — Dermatologische Vochenschrift 1922 p. 65.
 DANLOS. — Bul. de la Soc. fr. de Dermat. et Syph. 1902 février 6.
 DARIER. — Précis de Dermatologie.

- DAWIS. — Journal of cutaneous... diseases 1916 p. 698.
L. DEQUEYSER. — Bull. de Soc. Belge de Dermatologie et Syph. 1902-1903 p. 55.
DERVILLE. — Journal des Sciences Médicales de Lille 1905.
MAC DONAGH and POTTER. — The British Journal of Dermatology an 1910 T. XXII p. 60.
DU CASTEL. — Chancres génitaux et extragénitaux. 1895.
DUHOT. — Double chancre syphilitique de la langue. Soc. Belge de Dermatologie 8 nov. 1908.
DUJARDIN. — Pronostic des chancres extragénitaux. Annal. de Dermatologie 1918.
EVANS. — Chancre of the tonsil and tongue. Medical News 1896, 9 mai.
FISCHKIN. — Journal of cutaneous and genito urinary diseases 1909 p. 366.
FOURNIER Alfred. — Union Médicale 1890 Nos 55, 57, 58, 61.
FOURNIER Alfred. — Les chancres extragénitaux.
FRIEDMANN. — Dermatologische Vochenschrift 1921.
GARRIC M. — Thèse de Paris 1906-1907.
GAUCHER et MALLOIZEL. — Annal. de Dermat. et Syph., 1905 p. 487.
GIBERT. — Traité pratique de maladies de la peau et de la syphilis.
OUGEROT. — Le traitement de la syphilis en clientèle 1927.
RISTOPHER HEAT. — Dermatologische Zeitschrift 1902.
HERCZEG. — Orvosi Hetilap. 1923 p. 579.
JEANSELME. — Revue Générale de thérapeutique 1909 p. 738.
JEANSELME. — Gaz. des Hôpitaux, 1906.
JEANSELME. — Presse Médicale 1906, p. 627.
JENSENN. — Primäraffect der Zunge. Arch. für Dermat. Janvier 1910 p. 471.
Josso. — Thèse de Paris 1901-1902.
Journal Russe de maladies de la peau et vénériennes 1907, Zaroubine.
The journal of cutaneous diseases 1907 p. 300.
Journal de praticiens, 1921. Fouqué.
Journal de praticiens, 1921. Milian p. 49.
JULIEN. — Maladies vénériennes 1886.
KLOTZ. — Thèse de Paris 1903-1904.
KREFTING. — Über extragenitale Syphilisinfection. Arch. für Dermat. 1893.
LÉVY. — Dermatologische Vochenschrift, 1918.
LÔHE. — Dermatologische Vochenschrift, 1927, n° 4 p. 149.

- LUCAS. — A case of Primary chancre of the tongue. Medico surgical transactions.
- LUISI. — Thèse de Paris 1904-1905.
Lyon Médical 1906.
Lyon Médical 1906 p. 905.
- MALONEY. — Arch. of Dermatology and Syphilology 1927 p. 496.
- MANNE A. — Chancre syphilitique chez l'enfant (Anus, bouche). Thèse de Paris 1910.
Marseille Médical 1905 p. 734, Perrin.
- MARTIN. — Thèse de Paris 1863.
- MARX. — Thèse de Paris 1924.
- MASSA Nicolas. — De Morbo gallico. 1522.
- MAURIAC. — Syphilis primitif et secondaire.
- MERK. — Wissenschaftliche Gesellschaft in Innsbruck, 24 octobre 1913.
- MEYER. — Dermatologische Vochenschrift 1921 p. 153, n° 8.
- MUCHA. — Primäraffert am zungenrücken. Arch. für Dermat. 1911 p. 567.
- MULLER. — Deutsche Medic. Vochenschrift. 1922 p. 803.
- MUNCHHEIMER. — Über extragenital syphilisinfektion. Arch. für Dermat. 1897.
- NICOLAS, MOUTOT, DURAND. — Thérapeutique de la syphilis et des maladies vénériennes 1928.
- Nobl. Wiener Dermatologische Gesellschaft. 19 nov. 1902.
- Signe Norström Lind. — Les chancres syphilitiques extragénitaux dans les Hôpitaux de Stockholm au cours d'un siècle (1821-1920). Acta Dermato-venereologica. 1926.
- PAPEGEAY. — Multiplicité des chancres, thèse de Paris, 1903-1904.
- PIPET. — Thèse de Paris 1907-1908.
- PORTER. — Journal of cutaneous... diseases 1919.
- POSPELOV. — Über extragenitale syphilisinfektion. Arch. f. Dermat. 1889 p. 217.
- RAVAUT et VERDUN. — Gaz. des Hôp. 26 mai 1910.
- Charles Fortuné REBOUL. — Thèse de Bordeaux. Chancres syphilitiques céphaliques 1892-1893.
Revue de Stomatologie 1907. Decréquy p. 501.
- RICHARD. — Spirochètes de la bouche. Thèse de Paris 1921.
- RILLE. — Deutsche Med. Vochenschrift. 1924. P. 1568.
- RONCHÈSE. — Giornale italiano di malattie veneree e della pelle 1925.
- H. de ROTHSCHILD. — Rev. d'hyg. et de Médecine infantile, 1902.

- CARLO RÜHL. — Giorn. ital. di malattie veneree e della pelle 1918 p. 75.
- SAALFELD. — Berliner Dermatolog. gesellschaft, 22 oct. 1920.
- STRANDBERG. — Chancre syphilitique de la langue. Soc. de Dermatologie de Stockolm, 22 mai 1913.
- SUEMATSU. — Japanische Zeitschrift für Dermat. und Urologie, 1912 p. 949.
- SCHAUDINN. — Zur Kenntnisse des Spirocheta Pallida und anderer spirocheten 1907.
- SERRA Alberto Giornale Ital. di mal. vener. e de la Pelle, août 1924.
- TRUFFI. — Giornale Ital. di mal. vener. e de la Pelle p. 162 1920.
- TSCHISTIACOFF. — Vratsch. 1891 p. 455.
- ROBERT. B. WILD. — The Britisch Journal of Dermatologie, mai 1906.
- VAN BROICH. — Über extragenital syphilisinfektion. Arch. für. Dermat. und. Syph. 1890 p. 497.
- Venereologija i dermatologija 1926. Kedroff.
- Voeno-meditsinski journal Saint-Pétersbourg, 1913 p. 102. Gluchoff.
- WILLIAMS. — Journal of cutanéous... diseases 1911 p. 352.
- ZAREVITSCH. — Arch. für Dermatologie une Syph. 1895 T. XXXII p. 393.
- Zeitschrift für Bekämpfung... 1908 p. 159 Scherber.

TABLE DES MATIÈRES

Ch. I. — Historique	9
Ch. II. — Etiologie	15
Ch. III. — Statistique	23
Ch. IV. — Symptômes	27
Ch. V. — Observations	41
Ch. VI. — Diagnostic	89
Ch. VII. — Pronostic et évolution	101
Ch. VIII. — Prophylaxie	109
Ch. IX. — Traitement	112
Conclusions	119
Bibliographie	123

